

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 25

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Cristina Marques

Fernando Santos

Lúisa Veiga

Maria Antónia Silva

Maria Goretti Dias

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

CONSELHO DE REDACÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITOR

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

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOS

Programa de intervenção em grupo para
crianças com DHDA

– “O clube dos detectives”

C. Bastos & A. Rebelo p. 7

“Parar! Para me dar sentido”

– Intervenção psicoterapêutica de grupo
com adolescentes em risco

Carla Pereira & João Miguel Belo p. 25

“A estrela amarela que queria ser azul”

– Um olhar sobre a perturbação da
identidade de género

*Catarina Cordovil, Ricardo E. Ferreira,
Lídia Pocinho, & João Beirão* p. 43

Novos bebés, novas mães... Que psicanálise?

Celeste Malpique p. 57

“A saúde mental... sai à rua!

Como? Para onde? Para fazer o quê?”

*Maria da Graça Barahona Fernandes
& Raúl Caeiro* p. 67

Maus-tratos no Concelho de Loulé:

Estudo da prevalência do abuso sexual
nas crianças acompanhadas pelo Núcleo
de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
do Centro de Saúde de Loulé

*Marta Chaves da Silva, Ilza Martins,
Guilhermina Pacheco, Bárbara Menezes,
Elizabete Fortunato, Carina Oliveira,
& Jéssica Oliveira* p. 83

Normas de Publicação p. 95

A Psiquiatria da Criança e do Adolescente em Portugal continua a lutar por ser uma especialidade médica que, embora com características particulares, que a diferenciam das outras especialidades, que se vai integrando cada vez mais no regime hospitalar e dentro dele nas suas 2 principais vertentes: ambulatório e internamento.

Esta integração é também evidente não só a nível do **Serviço Nacional de Saúde**, mas também em **Hospitais Privados**, onde colegas nossos, têm organizado serviços de atendimento, agora já com razoável dimensão do número de utentes.

Há, no entanto actualmente, uma falha grande no que diz respeito a dois aspectos, embora de níveis diferentes, a saber:

- 1) em certos serviços, o pedopsiquiatra exerce o seu trabalho de forma solitária, sem recorrência a equipas multidisciplinares (psicólogo, enfermeiro com a especialidade de saúde mental, educadora, TO, por exemplo...) pelo menos para avaliação correcta do problema, de forma global e com a celeridade, que muitos casos clínicos reclamam. A necessidade de andar a recorrer a outros serviços para posterior integração de toda a informação pelo médico, atrasa a terapêutica. A criança não se compadece com esperas longas, por estar em risco o seu desenvolvimento...
- 2) o trabalho de articulação com as escolas e infantários e, de uma forma mais geral, com a comunidade da criança, está cada vez mais a ser descorado, o que representa uma grande perda em relação ao passado.

Assim, focando este último aspecto, gostaria de referir que, este número da Revista inclui um artigo, que conceptualiza e descreve de forma paradigmática, o Trabalho na Comunidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA CRIANÇAS COM DHDA – “O CLUBE DOS DETECTIVES”

C. Bastos *
A. Rebelo **

RESUMO

O Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção (DHDA) é uma das problemáticas mais controversas do desenvolvimento da infância e da adolescência. Atendendo ao elevado número de casos acompanhados na consulta de Psicologia, da Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação do Hospital Central Especializado de Crianças de Maria Pia, os autores propõem um programa de intervenção em grupo de crianças com DHDA, do tipo predominantemente desatento, denominado “O Clube dos Detectives”. Neste artigo, é referido o referencial teórico subjacente à intervenção, bem como a constituição do grupo, a planificação e descrição das sessões e, finalmente, a avaliação do programa.

Palavras-chave: Grupo. Hiperactividade. Psicologia.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO

Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção (DHDA)

O Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção (DHDA) é, não só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios de desenvolvimento da infância e da adolescência (Shaywitz & Shaywitz, 1992, in Lopes, 2004), sendo cada vez mais reconhecida a sua importância a nível educacional e clínico.

Genericamente, trata-se da *condição psiquiátrica mais frequentemente diagnosticada em crianças*, sendo este *síndroma caracterizado por uma desatenção per-*

* Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação – Hospital Maria Pia, Centro Hospitalar do Porto.

** ??????????????????

sistente, impulsividade, baixa tolerância à frustração, distração e actividade elevada em momentos e locais inapropriados, como por exemplo na sala de aula (Papalia, Olds, & Feldman, 2001, p. 452). Estas características aparecem, em algum grau, em todas as crianças. Contudo, em cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar, são tão frequentes que interferem com o seu funcionamento na escola e na vida diária (American Academy of Pediatrics, 1996; APA, 1994, in Papalia, Olds, & Feldman, 2001). *Os rapazes são diagnosticados 4 a 9 vezes mais do que as raparigas talvez porque o comportamento das raparigas possa ser menos disruptivo* (APA, 1994, cit. in Papalia, Olds, & Feldman, 2001, p. 452).

Apesar de alguns sintomas serem evidentes em idades precoces, a perturbação só é habitualmente reconhecida quando a criança vai para a escola. No caso particular das crianças que se inserem num quadro hiperactivo predominantemente desatento, normalmente não se evidenciam quaisquer sintomas *até entrarem na escola, onde o seu hábito de sonharem acordadas, os esquecimentos e a incapacidade de terminar as tarefas se tornam um problema maior* (Phelan, 2005).

Um problema que, frequentemente, surge associado ao DHDA remete-nos para questões relacionadas com as dificuldades de aprendizagem. Mais de uma em cada quatro crianças com dificuldades de aprendizagem apresenta DHDA (Roush, 1995; Zametkin, 1995, in Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

O DHDA é, então, um distúrbio neurobiológico, causado pela *irregularidade no funcionamento cerebral que inibe os impulsos* (Rosen, 1996, cit. in Papalia, Olds, & Feldman, 2001, p. 452). Por consequência, caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperactividade (Parker, 2003).

Com o passar dos anos, a investigação nesta área fez com que, em fases distintas, se valorizasse mais uma ou outra dimensão afectada, pelo que, ao longo da evolução e conceptualização desta problemática, várias tenham sido as terminologias adoptadas e os critérios subjacentes ao seu diagnóstico.

De acordo com Lopes (2004), as crianças com DHDA podem apresentar problemas em três dimensões principais, concretamente a manutenção da atenção, o controlo dos impulsos (impulsividade) e a agitação motora (hiperactividade). Uma dificuldade também subjacente a este distúrbio centra-se no seguimento de regras.

A Atenção...

Por definição, as crianças com DHDA, quando comparadas com outras crianças da mesma idade, apresentam níveis mais elevados de desatenção. Esta

desatenção pode derivar de problemas relacionados com o alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade ou com o nível de apreensão (Hale & Lewis, in Lopes, 2004). Estes problemas tendem a acentuar-se particularmente em tarefas que exijam vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção (Douglas, 1983, in Lopes, 2004), tornando-se evidentes em situações que exigem uma concentração elevada, em tarefas repetitivas e enfadonhas. Todavia, também podem ser observadas em actividades lúdicas.

A investigação demonstra que, no caso de crianças com DHDA, a distração deve-se mais à dificuldade em gerir o tempo do que propriamente à incapacidade de ouvir ou processar a informação (Lopes, 2004). Outra interpretação possível atribui aos défices nos mecanismos auto-regulatórios a origem da falta de atenção (Sergeant, 1988, in Lopes, 2004).

A Impulsividade...

A impulsividade ou “desinibição comportamental” resume-se a uma *incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação* (Lopes, 2004, p. 81). Desta forma, estamos perante um padrão de resposta marcado pela rapidez e imprecisão gerado pela dificuldade patente ao nível da inibição de comportamentos. A criança com DHDA responde rápida e precipitadamente às questões colocadas, apresentando dificuldades em seguir instruções e em esperar pela sua vez.

Atendendo a estas características, *crianças impulsivas são referenciadas como menos pró-sociais, menos sociáveis, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à tentação* (Cruz, 1987, cit. in Lopes, 2004, p. 81).

A designação “desinibição comportamental” tem sido, recorrentemente utilizada de forma a aglutinar as dimensões impulsividade e hiperactividade, uma vez que a investigação mostra que existe uma clara dificuldade em as discernir. Segundo Barkley (1990, in Lopes, 2004), a “desinibição comportamental” retrata de forma evidente esta perturbação já que, na sua opinião, o que diferencia as crianças com DHDA, mais do que a desatenção, é precisamente esta incapacidade ao nível do auto-controlo. Paralelamente, quando avaliado o impacto das três dimensões do DHDA, os sintomas que melhor descrevem estas crianças são os erros por impulsividade e o nível excessivo de actividade. Por fim, para Barkley, a ordenação dos itens dos DSM-III-R e DSM-IV para o diagnóstico de DHDA evidencia que os itens com maior poder discriminativo são os relacionados com um controlo pobre dos impulsos e com incapacidade de inibição de comportamentos.

A Hiperactividade...

Até à década de 80, o sintoma hiperactividade definia, por si só, este distúrbio. Efectivamente, crianças com DHDA apresentam níveis de actividade acima da média, tanto a nível motor como vocal. A nível motor, constata-se recorrentes movimentos como mexer as mãos e as pernas, bem como dificuldade em permanecer quieto ou em descansar, exibindo comportamentos deste tipo em momentos desadequados (Lopes, 2004). Neste sentido, o problema poderá não estar somente nos níveis elevados de actividade motora, mas também na dificuldade de controlo em situações que o exigem.

Em suma, as crianças com DHDA, tal como os seus pais, manifestam dificuldades em lidar com as suas dificuldades de auto-regulação cognitiva e comportamental, com a incapacidade de inibir comportamentos inapropriados, com a impossibilidade de se manterem sistematicamente atentas a tarefas e estímulos, com a incessante busca de estímulos novos, com os imparáveis movimentos de pés, mãos, braços e cabeça, com a incapacidade de gerir adequadamente os seus espaços e, sobretudo, de organizar o seu tempo (Lopes, 2004).

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA CRIANÇAS COM DHDA – “O CLUBE DOS DETECTIVES”

Racional teórico subjacente à intervenção em grupo

Este programa pretende desenvolver competências que, nas crianças com DHDA, estão particularmente afectadas: *as relações com os outros, a reflexão sobre os acontecimentos passados, o estabelecimento de objectivos futuros, o planeamento e a organização da acção, a realização atempada dos trabalhos escolares, o saber esperar “pela vez”, o sentido (social) de oportunidade, etc.* (Lopes, 2004).

Atendendo às áreas em défice e reconhecendo a dificuldade implícita à psicoterapia com estas crianças, equacionamos o processo de aconselhamento psicológico mais como uma espécie de operação de treino, reestruturação e monitorização. Deste modo, pretendia-se treinar crianças com DHDA a lidar melhor com os seus sintomas, de forma promoverem um melhor controlo comportamental e com vista a se relacionarem com os outros de uma maneira reciprocamente mais satisfatória. Partindo destes propósitos, e tendo como objectivo último a promoção de uma modificação cognitiva de comportamentos, determinou-se uma intervenção de cariz

cognitivo-comportamental que abrangesse três dos segmentos mais afectados no DHDA: atenção, resolução de problemas e competências sociais.

A intervenção em grupo surge aqui como um reforço ao trabalho desenvolvido nas consultas individuais com estas crianças, permitindo, para além dos objectivos traçados, trabalhar a sua auto-estima. O contexto de grupo faculta ainda a modelagem de comportamentos, funcionando, para tal, cada elemento do grupo como um agente de modificação comportamental.

O grupo

População-alvo

Este programa foi concebido para crianças com DHDA, em idade escolar, sendo que a escolha da faixa etária se fica a dever ao facto deste diagnóstico ser frequente neste grupo de idade.

O grupo no qual este programa foi aplicado era constituído por 6 crianças, 5 do sexo masculino e apenas uma do sexo feminino, o que talvez se explica pela maior prevalência deste diagnóstico no género masculino. As crianças que incluíram o grupo tinham entre 7 e 10 anos de idade e todas elas eram simultaneamente acompanhadas na Consulta de Psicologia, no âmbito da qual o diagnóstico de DHDA foi estabelecido com base na *Child Behaviour Checklist* (CBCL) e *Teachers' Report Form* (TRF) (Achenbach, 1991), na Escala de Connors para pais (Rodrigues, 2004) e em observações comportamentais.

Homogeneidade

O grupo era homogéneo quanto à presença de um diagnóstico de DHDA, já que a possibilidade dos participantes interagirem com pessoas que apresentam problemas semelhantes, permite-lhes perceber que não são os únicos que (con)vivem com eles (Osório e col., 1992, in Guerra & Lima, 2005).

Duração

Foram realizadas 4 sessões, de periodicidade mensal, com uma duração aproximada de 60 minutos cada.

Objectivos

Genericamente, o Clube dos Detectives visa a concretização de três objectivos:

- 1) Treino de focalização de atenção;

- 2) Treino de competências de resolução de problemas;
- 3) Treino de competências sociais.

Planificação das sessões

Estratégias e metodologias de intervenção

De forma a promover o treino de focalização da atenção, todas as crianças que vieram a incluir o grupo terapêutico foram sujeitas a um programa prévio de economia de fichas, programa este que funcionou como uma espécie de fase de apuramento que antecedeu a primeira reunião e que foi sendo monitorizado ao longo das sessões individuais. No decurso desta fase, as crianças fizeram treino de focalização de atenção e treino de competências de resolução de problemas. A gestão de contingências foi sendo feita, a partir deste momento e ao longo das sessões que se seguiram, em conjunto com as crianças e com os pais, sendo as fichas trocadas por reforços estipulados entre os terapeutas e as crianças.

A exploração e treino dos cinco passos de resolução de problemas (ou como passaram a ser designados pelas crianças: *cinco truques dos detectives*) foi devidamente levada a cabo nas sessões individuais, procedendo-se ao seu treino por meio de auto-instruções, *role-playing*, representando-as graficamente e procedendo à descrição e análise de cada um dos passos. Para favorecer uma melhor compreensão da utilidade destes passos e a sua possível importância na resolução de problemas escolares e do quotidiano, foi pedido às crianças que trouxessem alguns exercícios da escola, tendo estes sido resolvidos com base nos cinco passos de resolução de problemas.

Esta intervenção exigiu ainda às crianças a realização de *trabalhos de casa* entre sessões, com os objectivos de facilitar a interiorização dos cinco passos de resolução de problemas, responsabilizar as crianças para que os ponham em prática, possibilitando que estas os operacionalizem em situações do quotidiano, tanto na escola como em casa, aumentando as competências de auto-controlo (mestria, confiança, etc.).

As estratégias de intervenção utilizadas ao longo das 4 sessões realizadas foram desenvolvidas com vista à operacionalização dos objectivos anteriormente descritos, partindo do mote do trabalho de um detective, de mistérios e enredos, de forma a que as crianças sentissem necessidade de se envolverem na sua resolução.

Neste sentido, foram desenvolvidos materiais e propostas de actividades atractivas e de carácter lúdico, como tentativa de colmatar a falta de concentração e de persistência na tarefa destas crianças. A competição e o jogo promovidos

geram o aumento do comportamento desejado (atenção) e permite-nos ter percepção da tolerância à frustração de cada elemento. Através desta metodologia, as crianças percebem que só a focalização na tarefa lhes permite a concretização do objectivo pretendido (ganhar o jogo).

Este tipo de intervenção prende-se, de forma quase inevitável, com dificuldades de generalização. No entanto, foram realizados esforços no sentido de colmatar tal limitação, nomeadamente através da aplicação das estratégias de focalização da atenção e de resolução de problemas à realização de tarefas escolares, da discussão e exploração de episódios do quotidiano, trazidos pelos elementos para o grupo e da realização de trabalhos de casa no intervalo entre consultas que impliquem o envolvimento de outros intervenientes (ex., familiares e amigos) no processo de mudança.

Treino de focalização de atenção

É frequente que a criança com DHDA tenda a centrar a sua atenção nos estímulos menos relevantes da informação que lhe é apresentada, sendo mais vulnerável a estímulos do contexto ambiental do que qualquer outra criança, o que lhe concede uma grande facilidade para se distrair (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Partindo do pressuposto que estas crianças têm uma amplitude de atenção muito limitada, toda a intervenção foi planeada de forma a captar a atenção e a (tentar) garantir a sua manutenção. Duas ideias-chave para a concretização deste objectivo prendem-se com os factores novidade e alto valor de interesse, daí a vertente lúdica e criativa deste programa.

Foram várias as estratégias desenvolvidas ao longo desta intervenção que procuravam estimular o treino de focalização da atenção. Aliás, pensamos que é possível afirmar-se que a focalização da atenção é um objectivo transversal a todo este programa. Deste modo, as crianças foram sendo levadas a perceber que, se não forem capazes de prestar atenção, não conseguirão perceber instruções, assim como não serão capazes de desempenhar com sucesso as tarefas propostas. Todo o planeamento foi desenhado de forma a perpetuar este objectivo, daí que todos os aspectos, mesmo as instruções que possam parecer menos explícitas, sejam intencionalmente contemplados.

Treino de competências de resolução de problemas

Segundo D’Zurilla (1986), a resolução de problemas resume-se num *processo cognitivo-afectivo-comportamental no qual o indivíduo tenta identificar ou descobrir a solução ou a forma de lidar eficazmente com um problema em particu-*

lar. Segundo este autor, o processo de resolução de problemas consta de 5 fases consecutivas distintas:

- 1 Orientação do problema;
- 2 Definição e formulação do problema;
- 3 Criação de soluções alternativas;
- 4 Tomada de decisão;
- 5 Implementação da solução e verificação.

A ideia de incluir o treino de competências de resolução de problemas nesta intervenção serve o propósito de promover um maior auto-controlo que impo- nha recuos à impulsividade latente nestas crianças. O treino de resolução de problemas numa intervenção em grupo conta com vantagens inerentes aos efei- tos motivadores da discussão em grupo, à partilha de ideias e experiências, à possibilidade de modelagem e ao reforço social.

Atendendo à importância que estas competências assumem no dia-a-dia das crianças, em particular das que apresentam DHDA devidos aos seus défices de auto-regulação e auto-controlo, foram explorados os cinco passos de resolução de problemas, traduzidos pela designação de *os cinco truques dos detectives*.

Estes cinco passos foram explorados de diversas formas, estando presentes em todos os exercícios que implicavam a apresentação de uma resposta ou solução final e sendo igualmente discutida a sua aplicabilidade noutros contex- tos. A interiorização dos cinco passos foi estimulada através da sua transmissão e explicação a outras pessoas e da discussão em grupo da sua operacionalização no quotidiano.

Treino de competências sociais

Reconhecendo-se a importância que as interacções sociais têm no desenvol- vimento humano e assumindo-se que as consequências dos défices a nível das aptidões sociais, em determinadas fases da vida, podem comprometer fases posteriores do ciclo vital (Bellack & Hersen, 1977; Matson, Sevin, & Box, 1995, in Silva, 2004), pareceu-nos fazer todo o sentido a inclusão do treino de competências sociais neste programa de intervenção. Esta questão assume par- ticular importância se perspectivarmos que, crianças com DHDA, cujas dificul- dades em inibir reacções impulsivas e intempestivas são notórias, são frequen- temente marginalizadas pelos colegas (Lopes, 2004). No entanto, nesta aborda- gem dos pares é comum registarem-se diferenças mediante o tipo de DHDA, sendo mais frequente que crianças que se inscrevem num quadro predominantemente hiperactivo ou misto sejam mais rejeitadas pelos pares, enquanto que crianças que

se inscrevem num quadro predominantemente desatento sejam mais ignoradas ou negligenciadas pelos mesmos (Phelan, 2005).

Desta forma, a ideia subjacente a esta intervenção é a do desenvolvimento de *indivíduos com aptidões sociais* [que lhes permitam ter a] *percepção correcta da realidade e que* [saibam] *quando há probabilidade de serem reforçados os seus comportamentos, não vindo assim inibida a sua expressão emocional, que se adapta em termos de comportamentos à vivência em sociedade* (Silva, 2004, p. 63).

Para Silva (2004, p. 73), as vantagens dos programas de treino de competências sociais em intervenções em grupo, entre outros aspectos, prendem-se com uma *maior facilidade na aceitação do direito de agir assertivamente*, com a *possibilidade do participante decidir entre diferentes tipos de resposta sugeridas pelo grupo*, com o *provimento pelo grupo de situações similares às da vida real, criando oportunidades para a pessoa praticar novas maneiras de contacto social* e com a *utilização de um maior número de situações-problema pelo terapeuta, facultando mais experiência e mais suporte na solução desses problemas*.

De entre as estratégias que complementam esta intervenção, várias são as que visam o desenvolvimento das competências sociais, nomeadamente através dos momentos de apresentação mútua, momentos estes que promovem o auto e hetero conhecimento, externalizam a percepção do *self* e facultam a partilha de ideias e a interacção social.

Na última sessão, as questões associadas ao desenvolvimento das competências sociais assumiram particular destaque. Os “*Óscares*” dos *detectives* propiciaram contacto com o avaliar/ser avaliado, o criticar/ser criticado, o elogiar/ser elogiado, tendo demonstrado ser um óptimo exercício para proceder à finalização do processo terapêutico em grupo.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES

1ª Sessão

Apresentação dos elementos (a) e dos objectivos (b) do grupo:

- (a) Foi distribuído a cada elemento do grupo um cartão com o nome de outro elemento impresso em letras muito pequenas; após decifram o nome impresso com ajuda da lupa, durante cinco minutos, os elemen-

tos do grupo tiveram que descobrir o máximo de informação possível acerca do colega, cujo nome se encontrava no cartão, tendo, numa fase posterior, de o apresentar ao grande grupo;

- (b) “Chuva de ideias”: por associação livre, os vários elementos do grupo foram desafiados a reflectir acerca do trabalho dos detectives, do objectivo do “Clube dos Detectives” e da importância do treino de focalização da atenção;

Puzzle – 5 passos para resolução de problemas:

- Numa primeira fase, foi proposto aos elementos do grupo que construíssem, de forma cooperativa, o puzzle, ao mesmo tempo que se iam discutindo estratégias que facilitassem esta construção;
- Após um momento de leitura partilhada do puzzle, procedeu-se ao relato por parte de todos os elementos do grupo da eventual utilização destas estratégias em contexto escolar e familiar.

Jogo dos pares:

- Foi apresentada a carta que continha as instruções do jogo, sendo debatida a importância de se efectuar este procedimento antes de se começar qualquer jogo ou tarefa;
- Após a compreensão das instruções, as 34 cartas foram baralhadas e colocadas lado a lado, com o verso virado para cima, dando-se, finalmente, início ao jogo. O objectivo consistia em descobrir o maior número possível de pares, num total de 17 pares de imagens.

Jogo do Kim:

- Depois de terem sido dadas oralmente as instruções deste jogo e tornando claro que se a sua compreensão não fosse assegurada, o sucesso da tarefa estaria comprometido, foram dispostos sobre a mesa vários objectos que os elementos do grupo teriam que observar durante dois minutos;
- Após esse tempo, os objectos foram tapados e os elementos do grupo tiveram que fazer o registo do máximo de objectos que se recordassem;
- Terminado o tempo estipulado, foram contabilizados os objectos enunciados por cada um dos elementos, procedendo à discussão de possíveis

estratégias a utilizar neste tipo de actividades (categorização por cores, finalidade, forma, etc.).

Avaliação da sessão:

- No final da sessão, deu-se início a uma reflexão individual acerca do desempenho de cada um enquanto detective, bem como das actividades propostas, seguindo uma grelha de avaliação (Almeida & Morais, 2002);
- Procedeu-se, finalmente, à partilha e discussão em grande grupo.

2ª Sessão

Conversa inicial com todos os elementos do grupo acerca do seu desempenho enquanto detectives:

- Neste momento, cada elemento teve oportunidade de referir episódios nos quais tenha sido capaz de utilizar o que, na linguagem destas crianças, é traduzido pelos “truques dos detectives”. Para além dos episódios, foram capazes de descrever consequências que derivaram dos comportamentos por eles adoptados e o esforço que têm feito para manter presentes no seu dia-a-dia as estratégias aprendidas.

Código Morse:

- Aos elementos do grupo foi explicado que um detective importante lhes havia enviado uma mensagem secreta, tão secreta que estava escrita em código;
- Cada elemento recebeu impresso o Código Morse e, de forma partilhada e organizada, cada um na sua vez, ia dando o seu contributo para a descodificação da mensagem;
- Descodificada a mensagem que revelava o pedido de ajuda de um detective, seguiu-se a discussão em grupo do conteúdo da mensagem, analisando a competência dos elementos do grupo para a concretização da tarefa para a qual haviam sido desafiados. Uma vez que todos se afirmaram capazes e demonstraram conhecer os “5 truques dos detectives”, passou-se à fase seguinte.

Mistério:

- Seguidamente ao pedido de ajuda do detective, foi proposto aos elementos do grupo que descobrissem algo misterioso na sala. Rapidamente, os elementos descobriram uma garrafa que continha um mistério. Depois de lido o mistério e analisadas as pistas, foi pedido aos elementos do grupo que descobrissem o responsável pelo desaparecimento do estojo, descrito no mistério;
- Posteriormente, foram analisadas as estratégias utilizadas pelos elementos do grupo na resolução do enigma.

TPC: Escrever em código Morse “Eu sou um bom detective”:

- De forma a estender os objectivos desta intervenção a outros contextos, os elementos do grupo foram desafiados a testar as suas capacidades de focalização da atenção, individualmente e sem a monitorização dos terapeutas e dos colegas do grupo.

Avaliação da sessão:

- Nesta sessão, a avaliação processou-se oralmente, com base nos tópicos da grelha de avaliação utilizada na sessão anterior.

3ª Sessão

Conversa inicial com todos os elementos acerca do seu desempenho enquanto detectives, através de uma estratégia de dinâmica de grupo designada de “O advogado”:

- Foi proposto aos elementos do grupo que efectuassem um balanço do seu desempenho enquanto detectives, no entanto, de forma algo diferente do habitual. Quando uma questão era colocada a um elemento do grupo, este não devia responder, respondendo sempre a pessoa que se encontrava à sua esquerda, o “advogado”. Quem respondesse quando não fosse a sua vez, teria que sair do jogo.

“Uma história para continuar”:

- Os elementos do grupo foram desafiados a serem autores de um enredo misterioso. No entanto, esta actividade tinha regras claras: cada um tinha que esperar a sua vez para falar e o enredo tinha que incluir um detective,

um mistério e a sua resolução adequada (através dos 5 passos de resolução de problemas);

- Um a um, os elementos do grupo foram introduzindo frases, criando um mistério que teria de ser solucionado;
- Após a narração da história, foram explorados e relembrados os 5 passos de resolução de problemas que poderiam ter estado na origem da resolução deste mistério, bem como de possíveis estratégias a que este detetive poderia ter recolhido.

Jogo da torre de palhinhas:

- O objectivo desta actividade centra-se na promoção do trabalho em pequeno grupo (2 ou 3 elementos, dependendo do total de elementos presentes), estimulando, em simultâneo, a competição e a cooperação;
- Neste sentido, constituíram-se 3 pares, tendo sido distribuídas palhinhas e fita-cola (habitualmente esta actividade é realizada com alfinetes, no entanto, atendendo à idade dos participantes, optamos por proceder à sua substituição por fita-cola);
- Os vários grupos dispuseram de 2 minutos para construir uma torre de palhinhas que, seguidamente seria votada nas categorias de “A torre mais alta”, “A torre mais bonita”, “A torre mais segura”, havendo troféus para as 3 categorias;
- Um outro objectivo aqui implícito passa pela promoção de competências sociais, no sentido em que se estimulou o desenvolvimento do sentido crítico e capacidade de aceitar críticas e elogios.

“A assassina”:

- Numa fase inicial, procedeu-se à explicação das instruções;
- Seguidamente, seleccionaram-se as seguintes cartas: dama de espadas, valete de espadas e os quatro duques. As cartas seleccionadas foram distribuídas pelos elementos que se encontravam dispostos em círculo. A dama de espadas é a assassina; o valete de espadas é o detective; os duques são as vítimas. Quem possuísse a dama, deveria piscar o olho a quem julgasse ser vítima, evitando que o detective se apercebesse. As vítimas, à medida que se apercebiam do piscar de olho deveriam declarar-se mortas. O detective teria de estar atento de forma a “prender” a suspeita assassina.

“Quem falta?”:

- A explicação das instruções procedeu-se da seguinte forma: um dos elementos, situado num canto da sala, fecha os olhos e, ao voltar a juntar-se ao grupo, terá de se aperceber das diferenças (ex. mudança de lugares, ausência de uma pessoa, etc.).

Avaliação da sessão:

- Nesta sessão, seguiu-se a mesma grelha de avaliação utilizada na 1ª sessão (Almeida & Morais, 2002), procedendo-se a uma reflexão individual e posterior partilha em grande grupo.

TPC – Como poderia ter sido melhor detective nesta sessão?:

- Foi prescrito um trabalho de casa de forma a estimular o raciocínio auto-crítico, desafiando os elementos do grupo a equacionarem um repertório comportamental alternativo ao demonstrado em alguns momentos da sessão.

4ª Sessão

Conversa inicial com todos os elementos acerca do seu desempenho enquanto detectives, do final do ano lectivo e das férias. Discussão acerca da importância do grupo e da necessidade de avaliar:

- Uma vez que já era do conhecimento de todos os elementos do grupo que esta seria a última sessão, foi explorada a necessidade de avaliar a pertinência desta intervenção, bem como a evolução registada nos vários elementos.

Avaliação dos aspectos positivos e a melhorar de cada um dos elementos do grupo:

- Cada elemento escolheu um papel que continha o nome de um outro elemento do grupo, tendo seguidamente que identificar três aspectos positivos e três aspectos nos quais este colega ainda pode melhorar;
- Com esta actividade, para além de estimular o desenvolvimento do sentido crítico e a auto e hetero-avaliação, pretendia-se confrontar os elementos com elogios e críticas, explorando as melhores formas de se lidar com estas situações.

Os “Óscares” dos detectives:

- Cada elemento do grupo foi desafiado a fazer um troféu em barro para oferecer ao colega que avaliou anteriormente. Nesse troféu, foi colada uma inscrição com o nome do colega e com o adjetivo que melhor o descreve.

Livro dos detectives e diploma final:

- Todos os elementos do grupo receberam um livro com exercícios de treino de focalização da atenção para realizarem no período de férias e um diploma relativo ao final do “Curso de Jovens Detectives”.

AValiação DO PROGRAMA

Atendendo às melhorias registadas em cada um dos elementos que integrou o grupo, podemos afirmar que, de uma forma geral, os objectivos gerais traçados - treino de focalização de atenção, treino de competências de resolução de problemas e treino de competências sociais – foram largamente atingidos. No entanto, convém não esquecer que este trabalho foi desenvolvido com crianças com DHDA, pelo que o que se pretendia não era, de todo, a extinção dos seus sintomas, mas o desenvolvimento, nestas crianças, de estratégias de *coping* para melhor lidarem com os mesmos, promovendo o auto-controlo e uma manifestação comportamental mais adequada. Assim, é conveniente reconhecer-se que o DHDA exige uma monitorização constante, assim como uma progressiva aprendizagem de forma de lidar com os sintomas manifestados.

No âmbito da intervenção psicológica em grupos, podem distinguir-se diferentes tipos de grupo. A sua classificação pode, segundo Douglas (1995, in Guerra & Lima, 2005), ser feita mediante vários critérios, nomeadamente no que concerne à sua natureza (natural/artificial), aos membros que o constituem (grupo homogéneo/grupo heterogéneo), à sua finalidade (grupo de trabalho/grupo terapêutico/grupo de desenvolvimento/...), ao número de membros que integra (grupo grande/grupo pequeno), ao processo (aberto/fechado), à sua orientação teórica (humanista/comportamental/...) e à sua programação e duração. Centrando-nos na questão da finalidade dos grupos, revela-se essencial traçar a distinção entre grupos terapêuticos e grupos não-terapêuticos, reconhecendo que o primeiro tipo requer a existência de um profissional da área da saúde mental, enquanto que, no segundo, tal não é exigido uma vez que os problemas

trabalhados neste tipo de grupo envolvem questões mais ligadas ao campo educacional, organizacional ou de desenvolvimento pessoal.

A literatura tem vindo a demonstrar que os grupos terapêuticos com crianças, dos quais esta intervenção é exemplo, têm-se revelado capazes de potenciar a auto-estima (Hlongwane & Bason, in Shechtman, 2002) e as competências de relacionamento interpessoal (Rosenthal, 1994, in Shechtman, 2002) das crianças envolvidas, podendo estas variáveis ser determinantes para a resolução do problema de base. Partindo de uma relação encorajadora que promova a partilha de informação e de experiências e através de um feedback e suporte constantes, as dimensões sociais e emocionais da criança não devem ser menosprezadas enquanto alvos e os objectivos implícitos neste tipo de intervenção. É ainda de salientar que a coesão de grupo torna as crianças capazes de manifestar preocupações e de expressar sentimentos, ao mesmo tempo que aumenta o seu *insight* acerca de si próprio e da problemática que lhe está inerente.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for 1991 CBCK 4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Almeida, L., & Morais, M. (2002). *Programa de Promoção Cognitiva* (4ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Brandes, D., & Philips, H. (1977). *Manual de jogos educativos*. Lisboa: Moraes editores.
- Dies, R. (1980). Group psychotherapy: Training and supervision. In A. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice*. Wiley Series on Personality Processes. USA: Wiley and Sons.
- D’Zurilla, T. (1986). *Problem-solving therapy – A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Ganeri, A. (1995). *O kit do jovem detective*. Porto: Porto Editora.
- Gonçalves, M., & Almeida, P. (1991). *O livro dos detectives* (manuscrito não publicado).
- Guerra, M. P., & Lima, L. (Coord.). (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw Hill.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Phelan, T. (2005). *TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade*. São Paulo: M. Books.
- Polaino-Lorente, A., & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva –*

Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar. Edições ASA.

Rodrigues, A. (2004). *Avaliação da PHDA – Escalas revistas de Conners (1997)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana (manuscrito não publicado).

Shechtman, Z. (2002). Child group psychotherapy in the schools at the threshold of a new millennium. *Journal of Counselling & Development*, 80(3), 293-300.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most controversial issues in childhood and adolescence development. Given the high number of cases followed in the Psychology Service, of the Child Psychiatry Department of the Hospital Central Especializado de Crianças de Maria Pia, the authors propose an intervention programme with a group of children with ADHD, predominantly inattentive type, called “The Detectives’ Club”. In this article, theoretical reference underlying the intervention is explained, such as the group formation, the planning, the description of sessions and, finally, the evaluation of the programme.

Key-words: Group. Hyperactivity. Psychology.

“PARAR! PARA ME DAR SENTIDO” INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE GRUPO COM ADOLESCENTES EM RISCO *

Carla Pereira **
João Miguel Belo **

RESUMO

As repercussões das perturbações de vinculação com que somos confrontados na clínica em saúde mental infantil e da adolescência, são caracterizadas por um tipo anormal de insegurança, que se reflecte em respostas sociais fortemente contraditórias, por vezes camufladas por dificuldades de aprendizagem, agressividade, dificuldades de socialização. A existência de falhas emocionais muito precoces é também o que justifica o lado imaturo e frágil das estruturas de personalidade dos adolescentes que chegam ao nosso serviço. Na intervenção com adolescentes que viveram situações de abandonos, privações e falhas precoces, deparamo-nos frequentemente com uma forte resistência ao desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança securizante.

Neste artigo, apresentamos uma proposta de intervenção psicoterapêutica de grupo, que tem como fundamento, permitir a cada adolescente a reconstrução do seu mundo interior, através da relação com os seus pares, num ambiente em que se sintam desejados, permitindo um crescimento emocional e afectivo mais consistente, com regras e limites menos ameaçadores.

Palavras-chave: Adolescentes de risco. Comportamentos anti-sociais. Perturbação da vinculação. Socialização. Terapia de grupo com adolescentes.

Agradecimento muito especial à Dra. Maria José Vidigal, pelo constante estímulo e segurança fornecidos através da sua valiosa experiência e singular cultura clínica, que nos facultou durante todo o processo de intervenção terapêutica, através da sua supervisão.

* Apresentado no Encontro da APPIA – “Viver o Traumatismo na Infância e Sobreviver”

** Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier.

INTRODUÇÃO

O fenómeno das “crianças e jovens em risco”, tem sido analisado por investigadores das mais distintas disciplinas desde a psicologia, sociologia, medicina, saúde pública, ciências da educação, economia, entre outras. Ainda assim, o conceito continua a levantar ambiguidades, e de difícil consenso na comunidade científica.

Fonseca (2004) faz uma pertinente abordagem a este tema. Segundo o autor, se fizermos uma breve análise dos trabalhos nesta área, constatamos que inicialmente a expressão “crianças e jovens em risco” se dirigia em especial, aos indivíduos com grandes probabilidades de desenvolverem comportamentos anti-sociais, envolvimento em transgressão de normas sociais, delinquência, abuso de droga, comportamentos sexuais de risco, etc. Por outro lado, em muitos artigos, este conceito dirige-se a filhos de famílias problemáticas a nível psico-social, ou ainda a pessoas expostas a situações socioeconómicas extremamente adversas que colocam as crianças em risco de abandono, negligencia e maus tratos.

A amplitude, heterogeneidade e imprecisão do conceito, parece conter alguns elementos definidores. Em primeiro lugar, a expressão crianças e jovens em *risco* levanta um sinal de perigo face à probabilidade elevada da perturbação do desenvolvimento em diversos parâmetros, de um determinado grupo. No entanto, a expressão tem também implícita uma dimensão temporal. O indivíduo em *risco* ainda não atingiu ou desenvolveu a condição indesejada, ou seja a predisposição ao *perigo* a que está sujeito, ainda não se concretizou. Estes dois parâmetros delimitam assim, uma necessidade de intervenção em programas preventivos com grupos de risco.

Nesta perspectiva e observando a prevalência cada vez em maior número de situações de *risco* para crianças e adolescentes, que ocorrem ao nosso serviço, procurou-se desenvolver projectos de intervenção com respostas mais adequadas e próximas das necessidades de determinados grupos em diferentes fases da vida e em diferentes contextos.

Propomos neste trabalho, apresentar um projecto de intervenção psicoterapêutica de grupo, com adolescentes em *risco*, que está neste momento implementado e em funcionamento no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do HSFX.

Previamente faremos uma sucinta abordagem teórica, seguindo-se depois a apresentação do projecto terapêutico proposto e finalmente de forma sintética, uma ilustração prática, através de alguns apontamentos de sessões, que consideramos importantes na evolução da dinâmica terapêutica do grupo.

FAMÍLIA: MEIO ESSENCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A Família pode ser definida como um grupo de pessoas, directamente unidas por ligações de parentesco, no qual os membros adultos assumem a responsabilidade pela educação e cuidados dos filhos (Giddens, 1997). As famílias possuem um dinamismo próprio que lhes confere para além da sua individualidade, a sua autonomia. Tem como funções primordiais o desenvolvimento e protecção dos seus membros e a transmissão de determinada cultura, a sua socialização. A família deverá ter a capacidade de desenvolver um sentimento de pertença, permitindo o crescimento individual, e autonomização dos seus elementos.

Alarcão (2000), considera a família um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção – os contactos corporais, linguagem, comunicação e relações interpessoais – e um espaço de vivência de relações afectivas profundas – filiação, fraternidade, sexualidade, etc. Nesta trama de afectos positivos e negativos vai-se construindo o sentimento de pertencer a uma família. A família constrói-se em movimentos espontâneos, “nasce dos afectos que fazem com que despontem os laços e com as dores que ao perturbar, criam o espaço da família, e só então permitem pensar” (Cunha & Sá, 1996).

Se pensarmos no percurso constitutivo da formação da personalidade, o papel da família incide em três eixos essenciais (Berger, 1998):

- 1) Representação de si próprio – ligado às experiências corporais e afectivas precoces. Fundamentais na representação do corpo, estruturar o seu esquema corporal de forma coerente, e adquirir as noções de tempo e espaço.
- 2) Edificação da auto-estima – constituição do narcisismo do sujeito, através da imagem reflectida de si.
- 3) Controlo das emoções – controlo dos impulsos mais ou menos agressivos, dependente da resposta educativa, transmitida pela família.

As relações vividas desde o princípio com as figuras primárias, vão permitir ao ser humano tomar consciência de si próprio, situar-se e compreender-se no seio de uma relação, sem a qual o indivíduo não subsiste e não evolui. As experiências dos primeiros tempos de vida constituem os elementos de base da estrutura da personalidade, decisivas para a forma como a pessoa se vê e se relaciona consigo própria e com o mundo.

Quando a família não desempenha as funções psicológicas afectivas, e sociais, não assegurando o bem-estar da criança, encontramos-nos perante uma situação grave de privação que, quando levada ao extremo, poderá resultar em abandono.

A ideia de que existem laços inatos e instintivos entre pais e crianças, não é suficiente para que alguém se sinta pai ou mãe e seja capaz de assumir a sua função de forma plena. Existe um número significativo de crianças privadas do seu meio familiar. Esta situação pode dever-se a uma conjugação de factores tais como, abandono (em instituições, maternidades, amas, na rua, ou com outros familiares), a situação sócio-económica debilitada, maus-tratos, morte de um dos progenitores, negligência, etc.

Para Sá (1996), o abandono é fruto do medo da mãe ficar dependente, definitivamente vinculada a alguém que não desejou e cresceu dentro de si como um intruso. Existem separações impostas por questões psico-sociais, por vezes determinadas pela falta de experiência de uma relação familiar gratificante, durante a sua própria infância. Nos inúmeros casos de abandono, encontra-se vulgarmente um peso fatídico do passado. Strecht (1998) numa imagem poderosa transmite o peso deste elemento transgeracional: “É então como se os pais parecessem condenados a repetir tragicamente com os seus filhos as dificuldades que eles próprios passaram um dia enquanto crianças. O peso do passado toma conta do presente e parece desejar continuar a escrever torto pelas linhas do futuro, tinta invisível mas permanente”.

Segundo Diniz (1989), a criança quando separada da sua família é confrontada com a incapacidade dos pais para cuidarem dela e de responderem às suas necessidades. Quando uma criança é separada da sua família, surge uma ruptura de ligações anteriormente estabelecidas. Esta situação é geradora de sentimentos de abandono e rejeição, levando a criança a vivenciar momentos de angústia, sem que as crianças possam entender o significado desta ruptura. A separação e a integração da criança em novos meios poderá leva-la a desejar regressar ao espaço familiar e a conviver com determinadas situações negativas e a recorrer a mecanismos defensivos para as suportar. Após a separação, a criança é “obrigada” a reconstruir o seu mundo, onde lhe é pedido que estabeleça novos laços com estranhos, situação dolorosa que requer um tremendo esforço de adaptação.

Para a criança torna-se muito complicado compreender a situação de separação, ou de abandono temporário ou definitivo.

Consequências da privação

A distorção da qualidade da relação pais/criança nos primeiros anos de vida, pais que não existem na vida psíquica da criança, ou existem temporariamente e deixam de existir, para poderem ou não voltar a aparecer quando as

crianças precisam, levam a que estas corram graves riscos no seu desenvolvimento. Risco na construção de si próprias e do mundo em que falha a confiança básica, dificuldades no estabelecimento de fronteiras entre elas próprias e os outros, perdendo a capacidade de atribuir um significado ao que sentem e pensam e ao que os outros pensam e sentem. Mantêm um sentimento de desconforto com fracas expectativas sobre qualquer possibilidade de viver experiências de afecto e conforto.

Pela ausência ou incapacidade parental, as crianças vivem entregues a si próprias. A multiplicidade de caras e locais sem nenhuma ligação fundamental, deixa-as sem o sentimento básico de pertença. Crescem com um sentimento de suspeita em relação à fiabilidade dos adultos, que pode tornar-se extensiva a tudo e a todos que a rodeiam, vulgarmente acompanhada de denegação do negativo e de uma idealização da mãe e pai ausentes, com quem têm o desejo de um reencontro ou encontro.

O afastamento dos pais é encarado pelas crianças como algo muito doloroso e têm dificuldade em perceber o seu significado, o porquê deste afastamento. O sentimento de desamparo que acompanha a separação origina necessariamente nas crianças um conjunto de fantasias em relação a esses adultos, que podem causar um grande sofrimento. O facto de não se sentirem amadas ou desejadas, poderá levar a fantasias agressivas em relação aos pais. Muitas vezes para se defenderem da dor que um novo abandono poderá provocar, leva-as a tentar evitar uma relação afectiva próxima.

Estas crianças tendem a negar o traumatismo e a manter viva uma esperança que alimenta a idealização. A idealização adquire um papel de recurso de sobrevivência em momentos cruciais do seu desenvolvimento, permitindo criar um mundo mais tolerável (Strecht, 1998). Esta idealização da imagem materna e do seu objecto de amor, fazem emergir uma grande culpabilidade, a criança interioriza a imagem de “má filha”, sentindo-se como a responsável da rejeição de que foi alvo.

Que significado é dado pelas crianças e consequências

Muitas vezes, a criança não entende ou recusa entender o porquê do abandono dos pais. Dificilmente consegue integrar este acontecimento no seu psiquismo. Recorre a uma denegação dos traumatismos e a uma idealização das figuras parentais e por outro lado vão enfatizando a fantasia do “mau filho”, com o merecido castigo: – estas construções psíquicas defensivas constituem um recurso vital de sobrevivência. Em pano de fundo está a depressão, habitualmente não vivenciada.

É nesta posição, que encontramos estas crianças, imobilizadas, sem conseguirem aceder às memórias traumáticas e sem se aventurarem em ousados projectos para o futuro.

Perante situações de ruptura, abandono, separação, são inevitáveis as perturbações na Vinculação. As crianças mostram-se vulneráveis, frágeis na sua estrutura psíquica, com um forte impacto no desenvolvimento das relações sociais e afectivas. Relações distorcidas, pela ausência de modelos precoces na relação com os pais. Geram-se sentimentos de rejeição, medo de voltar a ser abandonada, fantasias acerca das causas do abandono.

Accionam mecanismos de defesa: negação; clivagem, entre outros. As crianças tornam-se mais fechadas a novos relacionamentos, estabelecem laços superficiais, incapacidade (resistência) de envolvimento, perdem a capacidade de atribuir um significado ao que sentem ou pensam e ao que os outros sentem ou pensam e por vezes instalam-se perturbações dissociativas.

PARAR

para

PENSAR

é um risco tremendo, a que não se atrevem
dá-lhes a oportunidade de

– **SENTIR** –

Para sua sobrevivência passam ao acto sem o mediador do pensamento.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na intervenção com adolescentes que viveram situações de abandonos, privações e falhas precoces, confrontamo-nos frequentemente com uma forte resistência ao desenvolvimento de uma relação de confiança, securizante, que permita um trabalho contínuo e profundo numa psicoterapia individual. As experiências de abandono, angustia, sentimentos de culpa, auto-desvalorização que se misturam e revoltam no seu interior, contribuem fortemente para esta desconfiança e descrédito na relação com o adulto, no receio que a sua história se venha repetir e perpetuar. Assim, estas crianças com defesas caracteriais em organização, com tendência a passagens ao acto (patologia do agir), são dificilmente suportadas pelas famílias e pelas instituições, nomeadamente as escolas. Como diz François Sacco (2006, Conferência no XI Colóquio da Revista

Portuguesa de Pedopsiquiatria) estas crianças reduzem muitas vezes o adulto a uma função *superegoica* arcaica.

Face a um aumento exponencial dos pedidos de consulta, no Serviço, com as características de crianças vítimas:

- Maus-tratos/abuso
- Negligência
- Abandono físico/emocional
- Carência de cuidados básicos e afectivos

Podemos descrever como motivos principais de chegada à consulta: a instabilidade emocional e motora, com alterações de comportamento, impulsividade e reacções agressivas, com os pares e adultos. Crises descritas como muito violentas, com um comportamento totalmente disruptivo, colocando em risco quem os rodeia e quando confrontados reagem de forma muito agressiva. Alterações do humor constantes e baixa auto-estima. Grandes dificuldades relacionais, períodos confusos com discurso incoerente.

Para estes, a intervenção clássica de psicoterapia individual depara-se com os seguintes obstáculos:

- Idealização da família perdida – a distância que os separa é demasiado grande (ideais/reais).
- Fantasia do “mau filho” que se irá perpetuar nas futuras relações.
- Expectativa de reincidência (voltar a ser abandonado).
- Defesa – ao estabelecer relações superficiais.
- Dificuldade na construção de relação terapêutica de confiança.
- Difícil o trajecto terapêutico – adesão, retrocessos, *Drop-out*.

Procurámos respostas terapêuticas alternativas:

- Terapia de grupo como resposta ao confronto entre pares – situações idênticas que consideravam únicas.
- Oportunidade de relações mediadas pelas figuras parentais – terapeutas.
- Possibilidade de criar uma dinâmica no grupo contentora e estimulante que permita:

PARAR ⇒ PENSAR ⇒ SENTIR

**PROJECTO DE INTERVENÇÃO COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES –
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA (SPSMIA) DO HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER**

“é mais fácil ao psiquismo humano inventar foguetões com destino à lua do que aceitar uma separação”

(Berger, 1998)

Num prefácio à edição portuguesa do livro “L’enfant et la souffrance de la séparation” de Maurice Berger, Eduardo Sá suscita-nos apreensão:

“Talvez nunca nos separemos se tomarmos a separação como um corte acentuado em relação a quem nos ajuda no nosso crescimento... das pessoas do nosso interior, os pais terão uma preponderância essencial, o que faz que as falhas da nossa relação com eles, na ausência de interações reparadoras, se repercutam nas relações com os professores, ou mais tarde nas relações amorosas”.

Assim, é importante que cada adolescente sinta que a sua existência não é indiferente, não só dentro do próprio como também na ligação com os outros, com um grupo. A necessidade de expressar o que se pensa, o que se sente de uma forma não violenta ou agressiva, valorizar ligações preferenciais a alguns adultos, a outros adolescentes porque a mudança é possível pois cada adolescente tem ainda um enorme potencial para se desenvolver.

A proposta de uma intervenção de terapia de grupo tem como fundamento, permitir a cada adolescente a reconstrução do seu mundo interior, através da relação com os seus pares num ambiente em que se sintam desejados, permitindo um crescimento emocional e afectivo mais consistente, com regras e limites menos ameaçadores.

POPULAÇÃO ALVO

Adolescentes com experiências precoces de abandono e perturbações reactivas da vinculação, em situações de desvinculação parental ou em risco de tal poder vir a acontecer.

Motivo dos pedidos de consulta:

- Problemas graves de comportamento (tendência anti-social, pré-delinquência)
- Impulsividade/agressividade

- Dificuldades de aprendizagem
- Comportamentos de risco – aditivos
- Sem projectos de vida futuros

OBJECTIVOS

Seguimos os princípios de Slavson (1979), para quem “... *o processo grupal favorece a catarse e o fortalecimento do ego, com conseqüente diminuição da ansiedade...*”

No entanto como diz Kaës (in M. Vidigal, 2005) o grupo mobiliza processos psíquicos e dimensões de subjectividade, que não são mobilizados, pelo menos da mesma maneira ou com a mesma intensidade, pelos dispositivos ditos individuais.

- Pretende-se através do grupo proporcionar aos seus elementos uma maior compreensão e aceitação das problemáticas, pela partilha de experiências de vida semelhantes.
- Aceitação da sua problemática de forma menos conflituosa e humilhante.
- Proporcionar um maior envolvimento comunitário e interactivo estimulando a socialização.
- Possibilitar novos modelos de identificação.
- Exercer uma função de continente ao nível da contenção de angústias e dúvidas.
- Proporcionar um estímulo às capacidades positivas.

METODOLOGIA

Constituição do Grupo

- Adolescentes (misto)
- Idade 12-15 anos

Recursos técnicos

- Terapeuta e Co-Terapeuta (misto) do SPSMIA – a presença de um casal facilita a emergência de movimentos transferenciais sustentados na representação de um casal real, com particular projecção de fantasias ligadas à situação *edipiana* e a todas as ambivalências a elas associadas.

- Supervisão com um técnico experiente em intervenção terapêutica com grupo de adolescentes

Equipamento

- Sala
- Cadeiras
- Colchão
- Câmara de Vídeo
- Leitor de CD

Crítérios de selecção e avaliação

- Idade – 12-15 anos
- N° de participantes – 4/8
- Grupo aberto
- Propostas de entrada são efectuadas em reunião de equipa
- Avaliação é efectuada pelos técnicos responsáveis

Contrato terapêutico

Com responsáveis: (familiares/institucionais)

- Horário
- Frequência/N° de sessões
- Esclarecimentos/Avaliação das resistências

Com o grupo:

- Apresentação e discussão do Contrato Terapêutico
- Indicação do tipo de grupo e dinâmica de funcionamento
- Sigilo

Avaliação (inicial; final)

- Questionário – Escola
- Avaliação contínua no grupo
- Avaliação através de entrevista individual
- Entrevistas com família
- Reunião Instituições/Escola
- Avaliação através de um grupo de controlo

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO COM O GRUPO DE ADOLESCENTES

História(s) de vida...

Descritos com tendo muitas capacidades cognitivas, evidenciam no entanto grandes dificuldades escolares, incapacidade de adesão às tarefas propostas, absentismo escolar, e numa ultima fase o abandono ou a exclusão.

As suas histórias de vida, pautam-se por na maior parte das vezes, na sua fase mais precoce se reduzirem a poucos elementos conhecidos. Não vivem actualmente com as pessoas que (não) os cuidaram, e aos pouco foram perdendo os seus contactos.

Gravidezes na sua maioria não desejadas, pouco vigiadas.

Partos prematuros com complicações, devido a doenças e infecções graves recorrentes (toxoplasmose, HIV, etc.)

Percursos de vida conturbados dos progenitores, e muitas vezes dos familiares que os acolhem, associados a comportamentos aditivos;

Diferentes dadores de cuidados durante o desenvolvimento destes adolescentes (mãe/pai, avós, tios, amas...), não favorecendo o estabelecimento de uma relação contentora e securizante, prejudicando, assim, gravemente os alicerces da vinculação;

Alguns apontamentos de história podem ser assim descritos:

“... pai toxicodependente, mãe ausente. Vai para a casa da avó materna com 3 meses, que desde então assume os cuidados ao neto; após a separação foi tendo contacto mais regular com a mãe; com o pai só contactos pontuais”.

“... pai ausente, mãe toxicodependente faleceu aos 5 anos da criança. Viveu desde sempre em casa da avó materna, com a mãe (até ao seu falecimento) e com um tio materno; Pai reconheceu a filha mas nunca a procurou, tem outra família.”

“Os pais separaram-se, logo após o seu nascimento, ficando este a viver com a mãe no agregado dos avós maternos. Quando tinha cerca de um ano e meio, é acolhido numa Instituição onde permaneceu até aos 3 anos. Posteriormente, o seu percurso é pautado por rupturas e transições, entre o agregado dos avós maternos, instituições e um curto período de tempo com o pai (cerca de 3 meses). Desde os 10 anos de idade, alguns comportamentos problemáticos, como recusa à escola e episódios de maior agressividade, assim como outras dificuldades no

seio familiar (doença grave da mãe, dificuldades dos avós em conter os comportamentos da criança) culminam com a situação de acolhimento numa unidade de emergência. Continua institucionalizado”.

“Oriunda de uma família disfuncional, tendo andado a “saltitar” de familiares em familiares sem relação afectiva nem com a mãe nem com o pai. Terá vivido até aos 4 anos com a mãe, num lar de idosos, onde esta trabalhava (não tinha residência própria); Tem mais irmãos (pelo menos mais dois do mesmo relacionamento...) do pai não sabe... Depois, terá sido entregue à avó materna, onde foi permanecendo até a situação ser sinalizada aos serviços competentes, por negligência. Não frequentava a escola, e estava entregue a si própria. Foi para uma Instituição, onde se encontra até à data”.

“Aos 9 anos, a avó com quem vive, sofre um acidente grave e corre risco de vida, o tio é detido por consumo e tráfico de drogas... avó recupera. Avó é detida recentemente. Está aos cuidados de dois tios maternos”.

Os percursos escolares são relatados como conturbados, com várias retenções, e história de abandono escolar.

As primeiras sessões

Acompanhamento efectuado desde Novembro de 2003 (início do grupo terapêutico) com calendarização estipulada até ao final do ano (lectivo) com uma periodicidade quinzenal.

Boa adesão, contacto, explicação do funcionamento do grupo.

Definem-se papéis... revelam curiosidade pela proposta do funcionamento em grupo, com os dois terapeutas.

Durante a 2ª sessão, expõem-se, falam da sua história, conseguem identificar pontos comuns entre eles...

Nesta fase parece construir-se uma identidade de grupo que o vai tornando mais compreendido pelos seus elementos.

- Actividades plásticas
- Alguns jogos de confiança (com maior adesão dos rapazes)
- Música (trazem CD's, trocam entre eles)

As histórias de vida semelhantes parecem ir dando ao grupo algum poder de coesão.

Posteriormente, inicia-se uma fase de resistência, de indisponibilidade, de “seca”...

“não queria vir hoje...”; “grande seca...”

Ao mesmo tempo, dois dos elementos vão falando sobre os acontecimentos na escola, e sobre os seus sentimentos:

“eu sou muit’ a má! Não sabiam? Por isso estou a viver num colégio... ninguém quer ficar comigo...”

Vai adoptando uma postura agressiva, para que todos a detestem...

Os elementos do grupo parecem ir sendo invadidos por um humor depressivo...

“seca...tenho sono...que horas são?”

Ao mesmo tempo vão-se criando alianças dentro do grupo

“... estão sempre a falar da minha mãe... a mim ninguém me manda calar! A minha mãe nunca me mandou calar...”

Parecem instáveis, mesmo os mais passivos, com dificuldade em estar, permanecer no grupo.

“a minha família?! É grande eu tenho muitas casas... o que é que eu quero fazer na vida? Estar na rua!”

“o que eu gostava? Sair do colégio, ir para ao pé da minha avó...”

Evolução

“Antes de ir para o colégio tomava conta dos meus irmãos, fazia a comida... eu sei fazer comida... à escola não ia. Só às vezes à tarde...”

“eu... se estivesse num colégio ou fugia ou matava-me...”

Surgem alguns confrontos dentro do grupo, pelas diferenças elaboradas por cada um dos elementos, sendo um dos elementos constantemente, abordado pela negativa.

“és um menino do colégio, nós somos do bairro...”

Grande dificuldade em aceitar a diferença e exteriorizam de forma negativa esta diferença expondo-a no outro...

Denota-se também ao longo de todas as sessões uma identificação e projeção positiva à figura do terapeuta Mulher, em detrimento do terapeuta Homem, que é muitas das vezes posto em causa.

Quando surgem momentos de maior tensão gera-se um forte sentimento de coesão e uma partilha intensa de sentimentos que se vão repercutindo nas frases que vão sendo ditas e nas atitudes que se vão tomando, muitas das vezes até através do silêncio.

“A minha avó fugiu com um preto mau e feio...sim... ela foi presa...” e chora.

“e agora também vais para um colégio...eu também tenho muita gente na família e ninguém quis ficar comigo...”

“A minha mãe embirrou comigo...”

Já conseguem conter o seu comportamento e deixaram de falar na “seca” que é ir ali para conversar, e fazer outras coisas...

Exteriorizam de forma adequada e com um sentimento de confiança e alguma cumplicidade.

“acho que vou passar para o 6º...”

“Vou ser expulso da escola novamente... eu mato aquele gajo... (o professor)...”

Maior adesão e preenchimento. Um dos elementos toma a liderança e dá conselhos.

Questionam-se as ausências, parecendo importante reconstituir “toda a família do grupo”.

Discutem-se novos planos e faz-se um balanço do ano anterior.

Agora...

“eu venho aqui porque a minha avó acha que é bom e eu sei que ela quer o melhor para mim...”

Assim, foi importante que cada adolescente sentisse que a sua existência não era indiferente, não só dentro do próprio, como também na ligação com os outros. A necessidade de expressar o que se pensa, o que se sente, de uma forma não violenta ou agressiva, valorizar ligações preferenciais. A mudança foi possível, cada adolescente tem ainda um enorme potencial para se desenvolver: conhecimento; relatos das experiências; confronto; cumplicidade; partilha e disponibilidade.

É de sublinhar ainda a experiência vivida pelos dois terapeutas, em diferentes fases de um processo contra-transferencial que podemos caracterizar de Investimento e idealização, alternando com sentimentos de frustração, impotência, zanga ou cansaço, mas contudo a possibilidade de partilha com um elemento fora do grupo (supervisão) permitiu-nos prosseguir um desafio muito ousado e difícil, mas também muito gratificante.

Avaliação do projecto terapêutico

Ao longo das sessões, fomos apercebendo, no contacto com os adolescentes, das repercussões psíquicas do abandono, negligência, e maus-tratos, que ocorreram em fases muito precoces do seu desenvolvimento. Confrontámo-nos, com a dificuldade defensiva de entendimento dos seus traumatismos e da expressão distorcida de sentimentos de morte, abandono, separação, perda, abuso e dor.

Torna-se evidente a desconfiança básica, que estrutura a relação com o meio exterior. O sentimento interior de se sentirem indesejados, vai-se intensificando. Exercem, sobre o meio exterior, uma progressiva pressão, de forma a verem realizada a sua suspeita.

Flagrante a ausência do cuidador que se tenha mostrado disponível e competente para os aceitar, o que se traduz numa flagrante fragilidade do sentimento do *self*.

Não existe um sentido do tempo. Num mecanismo de movimento perpétuo da repetição do passado catastrófico que herdaram, constrói-se um cenário impulsivo de destruição.

Estes adolescentes, parecem incapazes de se sentirem integrados num grupo, numa família, que lhe dê um sentido de pertença, essencial para os conduzir e ligar de forma consistente do passado para o presente, antevendo metas possíveis de alcançar. A permanente instabilidade afectiva, impele-os para comportamentos disruptivos.

A total incontinência emocional, reflecte a ausência de experiência de contenção por parte de adultos. Famílias que falharam nesta organização dos afectos, nas suas relações mais precoces, por incapacidade de modelação de forma disponível e segura do *self*.

A perturbação do comportamento e a delinquência, é muitas vezes a última organização psíquica defensiva, possível de se estruturar, num contexto de intolerável sofrimento.

Strecht (1998/2002) destaca no título do seu livro, “Crescer Vazio” que o grande bloqueio ao crescimento destes jovens, é determinado pela ausência de bons objectos na vida precoce desta crianças.

Estes adolescentes com quem temos partilhado intensas experiências, mostram-nos uma grande incapacidade no investimento das tarefas, em acreditarem em si próprios, opondo-se determinantemente a serem ajudados, no receio em última análise de frustrarem as expectativas do outro, a seu respeito. Resistem contundentemente, desta forma a serem preenchidos no seu vazio interno. Impossível crescer, na fase precoce em que se encontram, ser serem nutridos, preenchidos por outrém. Só mais tarde, numa fase posterior, uma força emergente de separação-individação permitirá o auto-preenchimento, a construção criativa de crescimento.

Os resultados da intervenção psicoterapêutica de grupo, ainda que numa fase que consideramos muito inicial, traduzem fenómenos psíquicos traumáticos, que foram abordados e compreendidos. Permitindo-se assim que fossem sentidos.

Ao sentir o sofrimento num contexto grupal, de contenção terapêutica, o adolescente repara falhas narcísicas, evoca ecos no seu *self*. Sentimos que podemos finalmente tocar e suturar feridas precoces da estrutura psíquica, de forma mais segura e consistente.

Não obtemos sinais mensuráveis de cura, nem é essa a nossa pretensão, no entanto, o grupo mostra-se coeso e capaz de se auto-confortar, e motivados na perseverança de prosseguir, a desbravar um caminho árduo, com princípio, meio e fim.

Continuamos com este grupo

num caminho em (des)equilíbrios

com vontade de crescer

e saber para onde olhar...

*“Todos os adolescentes precisam, da parte dos adultos, de cuidados
controlo, educação; só alguns precisam de tratamento.”*

(Derek Steineberg)

NOTA: Após quatro anos de intervenção com grupos terapêuticos de adolescentes, o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, sentiu a necessidade de organizar com a colaboração e participação destes jovens, um Encontro “Agora Falamos Nós” que se realizou em Oeiras no Auditório Eunice Muñoz, dia 19 de Novembro de 2007, com a participação de outros jovens de escolas e instituições locais e respectivos professores e membros da comunidade. Foram abordadas temáticas indicadas pelos próprios em diversas mesas de debate, com a participação maciça da plateia, tendo provocado um profundo impacto na população participante, sobretudo nos jovens a quem foi dedicado este encontro.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, M. (1997/1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: Climepsi.
- Cunha, J., & Sá, E. (1996). *Abandono e adopção: O nascimento da família*. Coimbra: Almedina.
- Diniz, J. (1989). Reversibilidade e irreversibilidade, vicissitudes da relação familiar anaclítica. *Análise psicológica*, VII(1,2,3), 285-316.
- Fonseca, A. (2004). Crianças e jovens em risco. In M. Silva, A. Fonseca, L. Alcoforado, M. Vilar, & C. Vieira (Eds.), *Crianças e jovens em risco da investigação à intervenção* (pp. 11-36). Coimbra: Almedina.
- Giddens, A. (1997). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002/2004). *Vinculação – Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Lisboa: Climepsi.
- Slavson, S. (1979). *Dynamics of Group Psychotherapy*. Nova Iorque: Jason Aronson.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Vidigal, M. (1990). *Crianças Vítimas de Maus Tratos*. Lisboa: Cadernos do internato.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. (2006). Comentários à conferência de François Sacco – *Interventions en Groupe avec Enfants et les Adolescents*. XI Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria.

ABSTRACT

The repercussions due to attachment and bonding problems in early childhood, which we are confronted with in child and adolescent mental health clinic, have as main characteristics an abnormal type of insecurity that reflects itself in strongly contradictory social responses, sometimes camouflaged by learning difficulties, aggressive behaviour, and difficulties in socialization. The existence of very early emotional losses or failures justifies the immature and fragile personality structure of the adolescents that come to our clinic services. In the interaction with these adolescents that have undergone situations of abandon, privations and early losses and failures we are often confronted with a strong resistance to the development of a confident and securing therapeutic relationship.

In this paper we present a proposal of group psychotherapeutic intervention, having as motive to enable adolescents to reconstruct their interior world through relationships with their peers in a environment where they feel themselves welcome, providing a more consistent emotional and affective growth, with less menacing rules and limits.

Key words: Adolescents at risk. Anti-social behaviour. Attachment and bonding problems. Group therapy with adolescents. Socialization.

“A ESTRELA AMARELA QUE QUERIA SER AZUL” – UM OLHAR SOBRE A PERTURBAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÉNERO

Catarina Cordovil *

Ricardo Encarnação Ferreira *

Lídia Pocinho **

João Beirão **

RESUMO

A identidade de género traduz a percepção única e persistente do eu enquanto homem ou mulher (Simonelli, 2002). As Perturbações de Identidade de Género (PIG) caracterizam-se, de acordo com esta definição, por uma identificação ao género oposto, intensa e continuada, acompanhada de desconforto persistente com o seu sexo, na ausência de patologia orgânica que justifique este quadro. Trata-se de uma situação clínica rara na infância, não existindo dados concretos sobre a sua actual prevalência. No entanto, a compreensão deste tema reveste-se de elevado interesse uma vez que as crianças com PIG podem apresentar implicações significativas em vários domínios do seu funcionamento, como o conceito cognitivo básico de género, a representação do eu, a interacção social, a relação com pares e, nesta sequência, problemas de comportamento relevantes. Pretende-se assim, através de uma revisão teórica, atingir uma melhor sistematização deste tema e apresentar um estudo efectuado na Equipa da Lapa do HDE que se debruçou sobre a análise de quadros de crianças com o diagnóstico de PIG que vieram à consulta entre Janeiro de 2002 e Novembro de 2007. No final apresentamos ainda duas vinhetas clínicas ilustrativas.

Os dados deste estudo levam-nos a concluir sobre a necessidade de um olhar atento para este tópico sensível da Sexualidade Infantil, bem como reforçam a importância de uma sensibilização e mobilização de recursos que vão de encontro às dificuldades de adaptação e ao sofrimento inerente da criança e respectiva família.

Palavras-chave: Criança. Género. Identidade. Perturbação.

* Interno(a) de Pedopsiquiatria, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Dona Estefânia (HDE) – Equipa da Lapa, Rua Buenos Aires n°27, 1° Esquerdo, 1200-622 Lisboa. E-mail: catarinacord@hotmmail.com // referreira@gmail.com

** Assistente Hospitalar.

INTRODUÇÃO

A *Identidade de Género* traduz a percepção única e persistente do *eu* enquanto homem ou mulher (Simonelli, 2002) está intimamente associada a determinados comportamentos e atitudes, culturalmente aceites, que são marcadores de masculinidade ou feminilidade, designados por *Papéis de Género*.

A *Identidade Sexual* é composta pela Identidade de Género (psicossocial) e a Identidade de Sexo (biológico) e consolida-se na adolescência.

Segundo Coimbra de Matos, de uma forma sucinta, a *Identidade Sexual* desenvolve-se através de processos de identificação: *identificação Imagóico-imagético (self* especular) – 0 aos 18 meses – passa pela atribuição de um género de forma explícita e, sobretudo, implícita pelos pais, de uma forma que pode ser errada ou contraditória. Uma situação considerada de gravidade é a que pode decorrer da transmissão infralimiar maciça e contínua de identidade sexual heteróloga, nesta fase, conduzindo posteriormente ao transexualismo; *identificação idiomórfica* – 18 meses aos 3 anos – a criança constrói a sua imagem sexuada pelo reconhecimento e integração dos seus caracteres sexuais externos; *identificação alotriomórfica* – 3 aos 6 anos – predomina a curiosidade e desejo da criança sobre o conhecimento da relação sexual (identificação ao outro que é o modelo). Nesta fase, os sentimentos de vergonha ou culpa dos pais podem impedir o devido percurso pelo que, se a identificação ao progenitor do mesmo sexo é feita de forma ambivalente, esta pode relacionar-se com um futuro desvio transexual (identificação negativa) ou homossexual (recusa de identificação). Esta identificação ao modelo pode ainda ser feita de uma forma maciça/mimética, designada por *protopática*, ou selectiva, designada por *diacrítica*.

A *Orientação Sexual* define-se, por seu turno, na adolescência, como a resposta face a estímulos sexuais e define o indivíduo como heterossexual (atração por indivíduos do sexo oposto), bissexual (atração por indivíduos de ambos os sexos) ou homossexual (atração por indivíduos do mesmo sexo).

As *Perturbações de Identidade de Género* (PIG) caracterizam-se por uma identificação ao género oposto, intensa e continuada, acompanhada de desconforto persistente com o seu sexo, na ausência de patologia orgânica que justifique este quadro (DSM-IV-TR). Nas crianças tal implica a existência de comportamentos típicos do sexo oposto que se revelam, a título de exemplo, no jogo, na postura, no vestuário, na relação com os pares e na escolha de brinquedos (DSM-IV-TR).

Etiologia

A etiologia das PIG abrange aspectos biológicos e psicossociais da criança, sendo que os primeiros, eventualmente potenciadores do desenvolvimento de PIG, carecem de estudos mais aprofundados (Zucker, 2007).

Epidemiologia

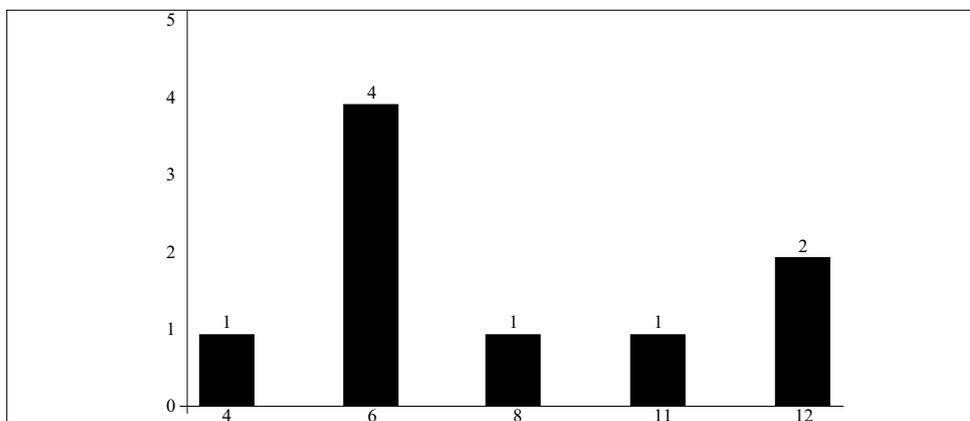
As PIG são uma situação rara, não existindo dados epidemiológicos que permitam determinar a sua prevalência actual. Em crianças, observa-se um marcado predomínio de rapazes (6,6:1) (Zucker, 1997), com idade de média de referenciação nos 7 anos. A realidade europeia parece apontar para uma menor diferença entre sexos (2,9:1).

Procurámos estimar o número de casos em que a PIG apareceu como situação relevante nos casos da Equipa da Lapa do DPIA do HDE entre Janeiro de 2002 e Novembro de 2007. De acordo com os técnicos que trabalharam na Equipa neste período de tempo, terão sido acompanhadas 9 crianças (6:3; m:f) num total de 1700 casos, situação que espelha o número reduzido de casos referenciados com esta patologia.

A PIG NA EQUIPA DA LAPA

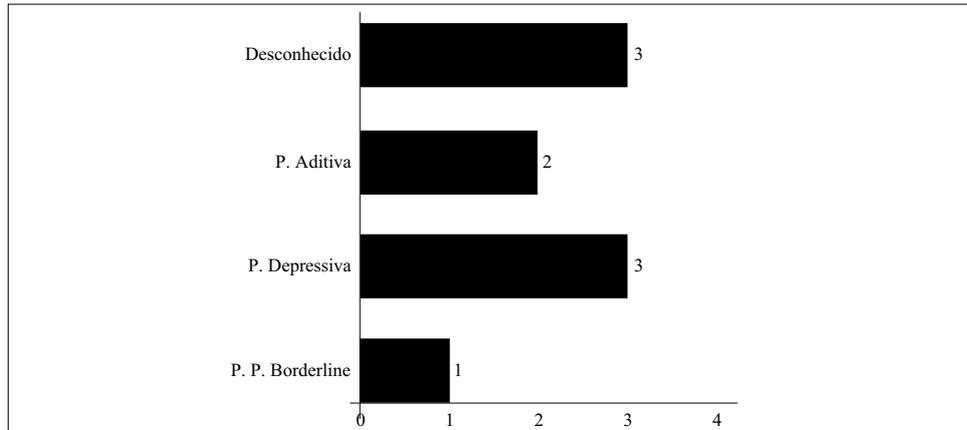
Idades de Referenciação (Gráfico 1)

A amostra é constituída por seis crianças do sexo masculino, três do sexo feminino com idade média (anos) de 6,5, o que está de acordo com a literatura, apesar do número reduzido e estatisticamente insignificativo da amostra.



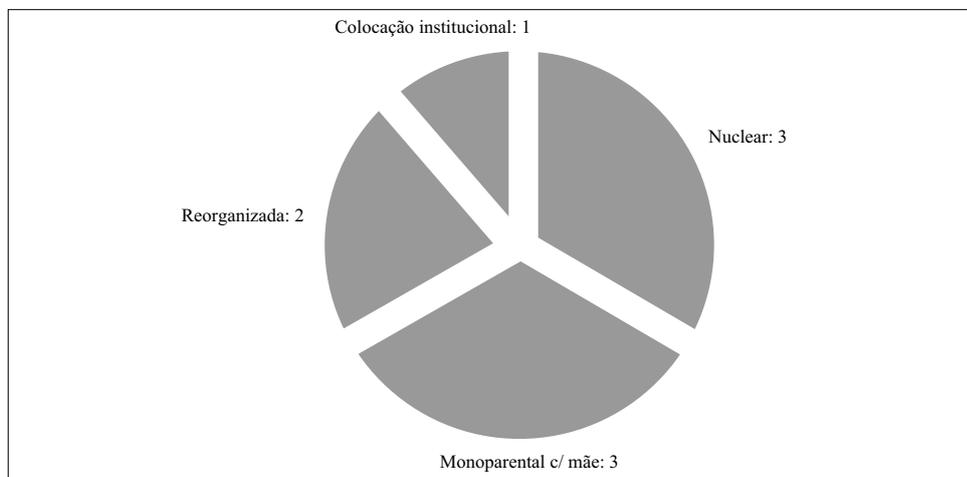
Tipos de Família (Gráfico 2)

Três crianças têm uma família nuclear, três vivem apenas com a mãe, em duas a família está reorganizada e uma está colocada numa instituição.



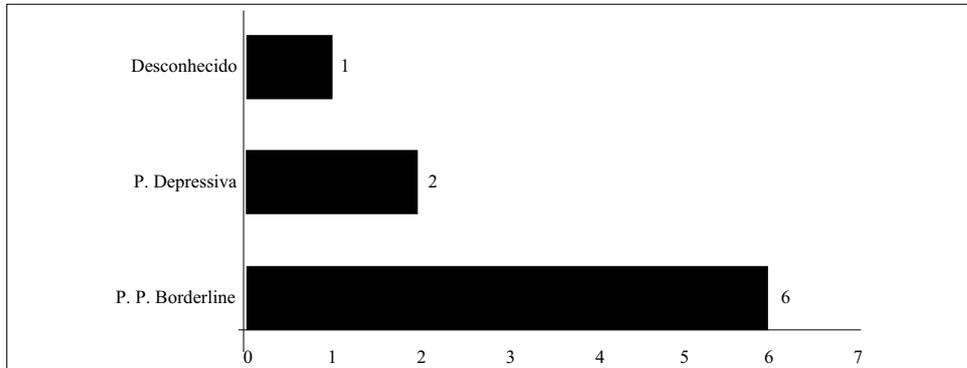
Psicopatologia do Pai (Gráfico 3)

Em três situações o pai não compareceu à consulta quando convocado e a mãe não forneceu dados conclusivos, permanecendo desconhecida a existência de psicopatologia. Dois dos pais apresentam uma perturbação aditiva, sendo ambos alcoólicos, três, uma perturbação depressiva e um, uma perturbação de personalidade borderline.



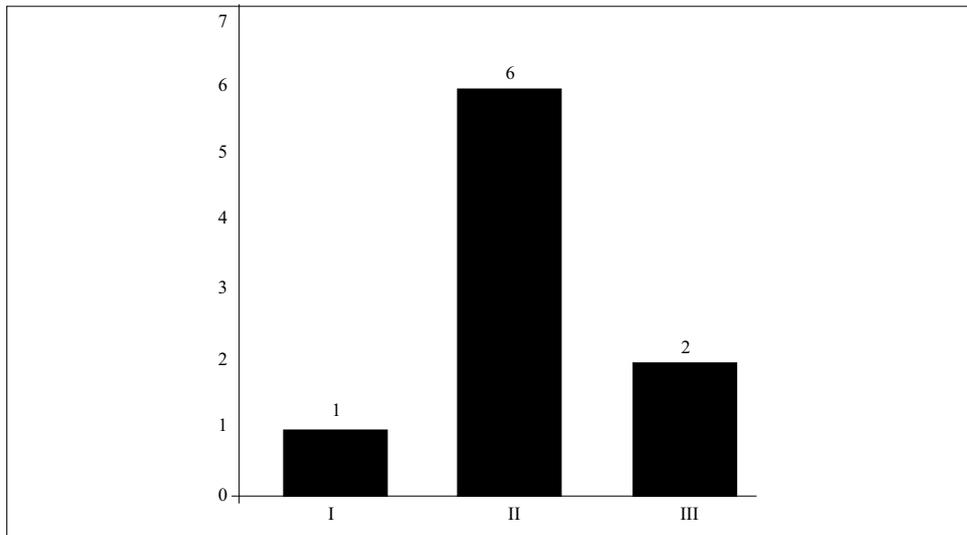
Psicopatologia da mãe (Gráfico 4)

Seis mães apresentam uma perturbação de personalidade borderline e duas, uma perturbação depressiva, indo ao encontro do que é descrito por *Stoller*. Uma mãe não compareceu na consulta e não foram fornecidos dados suficientes para se concluir a existência de psicopatologia.



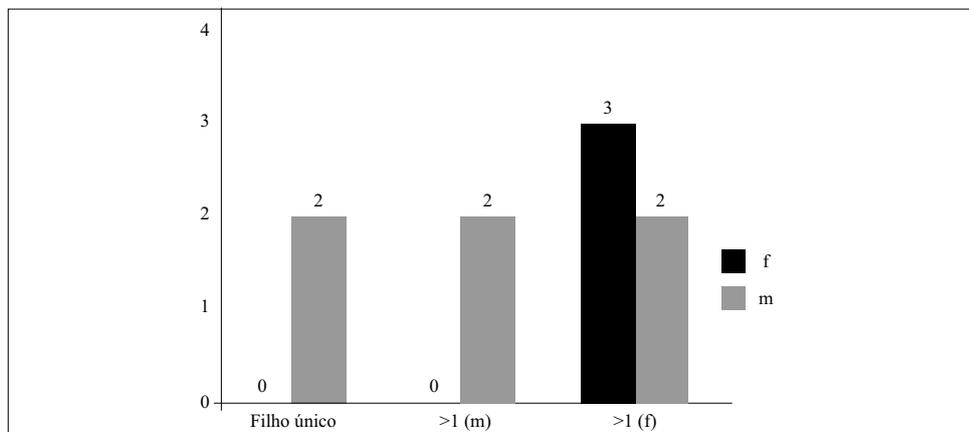
Classificação de Graffar (Gráfico 5)

Tal como a média da população de famílias que recorre a Serviços de Saúde Mental há uma predominância do nível de Graffar 3, correspondendo à classe média.



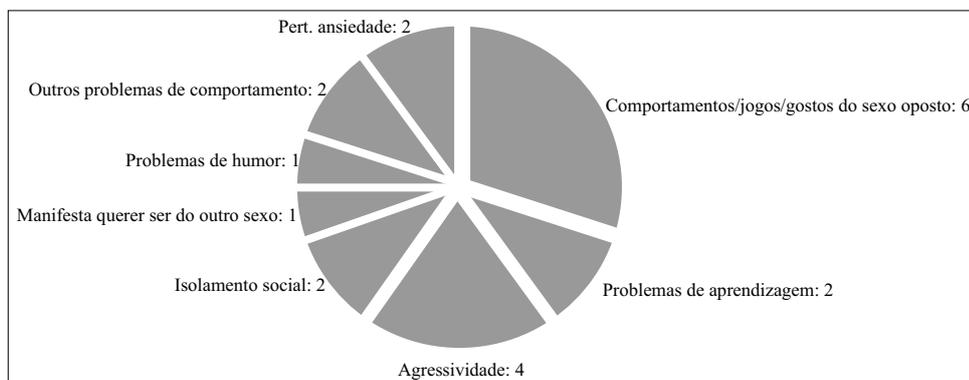
Posição na Fratria (Gráfico 6)

As três raparigas da amostra têm pelo menos mais uma irmã mais velha e, relativamente, aos seis rapazes, a distribuição é equitativa: dois filhos únicos, dois com pelo menos um irmão mais velho e dois têm também pelo menos uma irmã mais velha.



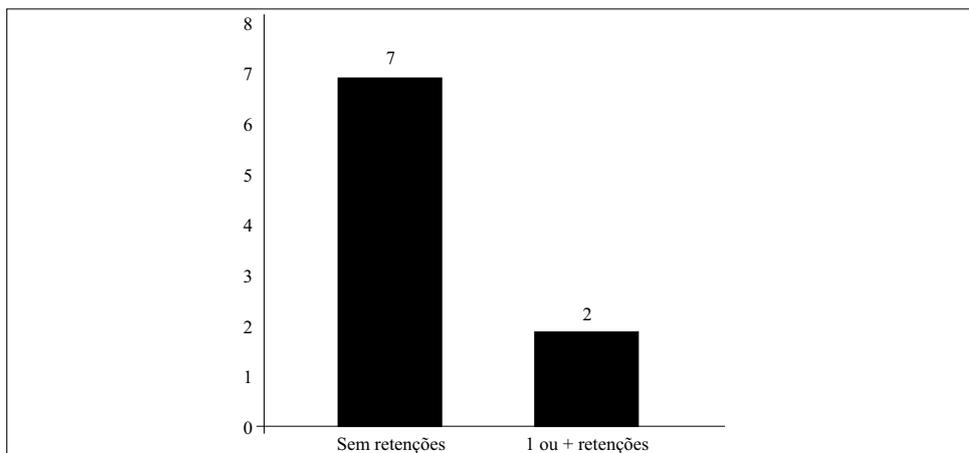
Motivos de Referência (Gráfico 7)

Apesar de em quatro das crianças a existência de comportamentos/jogos e gostos do sexo oposto ser referido como um dos motivos de vinda à consulta e uma manifestar querer ser de outro sexo, o que predominou, como motivo principal de preocupação dos prestadores de cuidados, foi a presença de comportamentos desproporcionadamente agressivos (4) e manifestações de ansiedade (2), onde também se deverá incluir o isolamento social (2).



Percurso Escolar (Gráfico 8)

Não houve retenções em sete das crianças o que é também justificado pela média de idades de 6, 5 anos.



Diagnóstico Dinâmico (Gráfico 9)

Cinco crianças apresentam uma organização Depressiva e quatro, uma organização Borderline.



Diagnóstico segundo a DSM-IV-TR (Gráfico 10)

No Eixo I de salientar que todas as crianças apresentavam critérios de diagnóstico para PIG, sendo que 2 rapazes não tinham qualquer comorbilidade, o

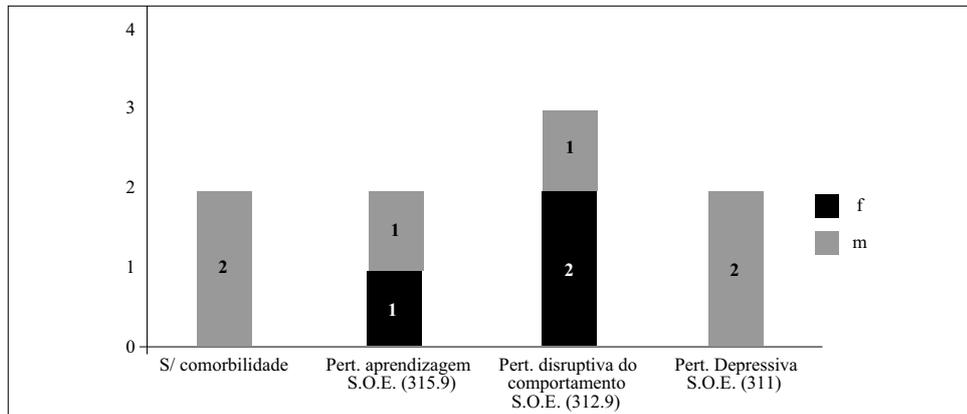
que de acordo com a literatura não é muito frequente. Nas raparigas, como esperado, 2 apresentavam uma Perturbação Disruptiva do Comportamento.

No Eixo II

- Todas as crianças da amostra: Sem diagnóstico (V71.09)

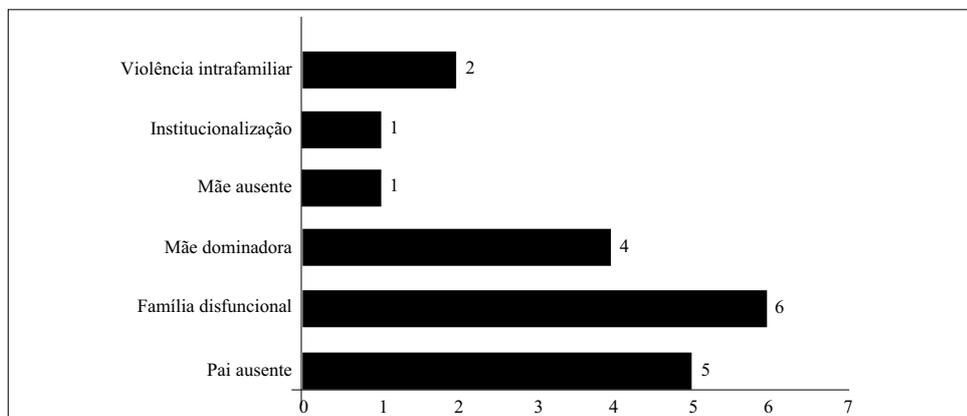
No Eixo III, segundo a DSM-IV-TR

- 1 caso com Epilepsia
- 1 caso com Asma
- 4 sem diagnóstico



Problemas Psicossociais e Ambientais – Eixo IV (DSM-IV-TR) (Gráfico 11)

Sobressai neste Eixo IV a ausência da figura paterna em 5 situações, a disfuncionalidade familiar (6) e a presença de mães dominadoras.

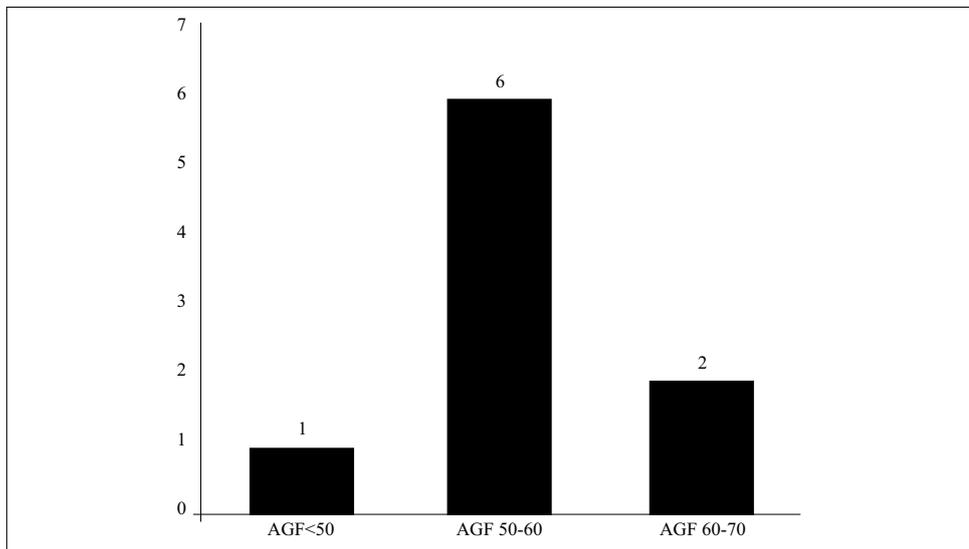


Avaliação Global do Funcionamento – Eixo V (DSM-IV-TR) (Gráfico 12)

A maioria das crianças apresenta um AGF entre 50-60 que corresponde à presença de sintomatologia moderada no funcionamento social, ocupacional e/ou escolar.

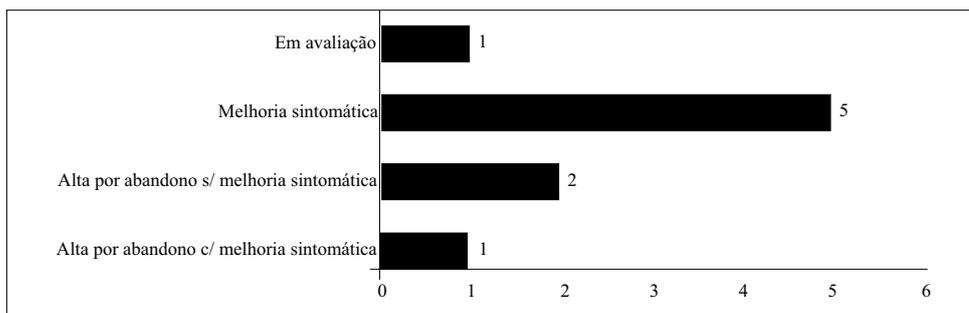
Quanto ao acompanhamento na Equipa:

- 1 caso: Psicoterapia + Acompanhamento à Família
- 8 casos: Consulta Terapêutica + Acompanhamento à Família
- 4 dos casos foram medicados



Evolução (Gráfico 13)

Na maioria dos casos observou-se a uma melhoria sintomática.



PROGNÓSTICO

Existe uma sólida relação entre a existência de PIG na infância e a posterior orientação sexual na idade adulta. De acordo com estudos de follow-up realizados com crianças do sexo masculino com PIG, 64% dos casos evoluíram sem tratamento para homossexualidade ou bissexualidade, e 11,9-16,1% mantinham critérios diagnósticos de PIG (Bailey & Zucker, 1995; Cohen-Kattenis, 2003). Realça-se contudo a percentagem significativa (83,9-88,1%) de casos que, independentemente da orientação sexual futura, não evoluem no sentido da manutenção da PIG (Zucker, 2007).

TRATAMENTO

Todas as questões relacionadas com o tratamento das PIG estão, actualmente, envolvidas em polémicas questões éticas e políticas, nomeadamente no que concerne à distinção entre o que é normal e patológico, entre o que de facto deve ser tratado: se a diminuição ou resolução do conflito e sofrimento psíquico, se a inversão/correção da questão identitária.

Importa ter em atenção a existência de uma melhor resposta à intervenção em crianças, do que durante a adolescência. Esta intervenção precoce tem provado ser benéfica, podendo consistir em psicoterapia psicodinâmica ou cognitivo-comportamental, aconselhamento parental e terapia de grupo (Zucker, 2001). É importante intervir na criança no sentido de a ajudar a elaborar os factores que alimentam a fantasia de querer ser do sexo oposto, e também intervir junto dos pais para que se garanta um ambiente familiar e social adequado à resolução da perturbação e ao acalmar do sofrimento.

VINHETAS CLÍNICAS

Diana

Diana, menina de 12 anos, 6º ano de escolaridade. Terceira filha de uma fratria de 4 irmãs de 15, 13 e 3 anos de uma família disfuncional e abandonada. Institucionalizada, contactos regulares com o pai e família paterna e esporádicos com a mãe. Referenciada à consulta de Pedopsiquiatria do HDE por comportamentos marcadamente disruptivos com heteroagressividade dirigida contra pares e figuras de autoridade, sobretudo em contexto escolar, que conduziram à sua expulsão. Aparência “arrapazada”, com cabelo curto, boné de pala, preferindo ser chamada por *Dani*. Apresenta movimentos bruscos, pouco femi-

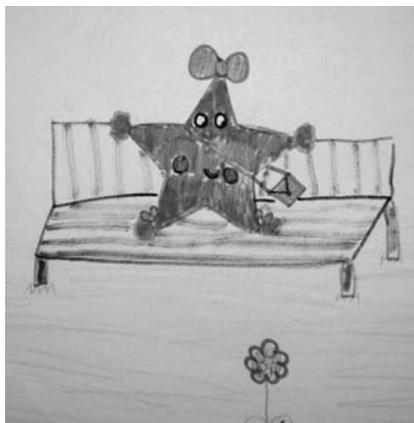
ninos e recorre frequentemente ao calão. Humor disfórico (irritável), fraca tolerância à frustração e marcada impulsividade. Em contexto de consulta, o seu registo é desafiador e onnipotente, com resistência à mentalização. Inserida em grupo de rapazes, gosta de ser confundida com um deles. Salienta-se ainda comportamentos discordantes com o seu género: levanta as saias às raparigas, abraça fortemente as educadoras, expressou desejo de “*cortar as mamas*”. Abandonou a consulta após 4 sessões.

Tiago

Tiago, menino de 6 anos, mais novo de uma fratria de 2 rapazes, com diferença de 5 anos. Mãe expressa ter desejado uma menina. Pai ausente durante os 3 primeiros anos de vida. Recorre à consulta por problemas de comportamento e de aprendizagem em contexto escolar. Afirmou recorrentemente que o chamaram de “burro” e “que se quer matar, que quer morrer”. O Tiago apresenta-se nas consultas com uma pequena carteira cor-de-rosa a tiracolo, da qual vai retirando vários objectos femininos. Gosta de se vestir de “cor-de-rosa e azul-bebé” e desejava ter outro nome: “Catarina”. Chegou a dizer que “às vezes sinto-me um rapaz como os outros”. Na 1ª consulta, Tiago desenha-se em frente a um espelho onde se vê reflectido como uma menina (Figura 1). Desenha também uma estrela amarela (Figura 2) contando a seguinte história: «*Era uma vez uma estrela amarela que gostava de ser Azul. Um dia foi à Fada e perguntou: “Tens algum pó que cole e fique azul?”. A Fada disse que não e disse: “Vai ali ao senhor Estrelinhas que ele deve ter esse pó azul.”*»



Ao espelho



A estrela amarela

Segundo a mãe, brinca preferencialmente com meninas, “quer ser homem e quer ser mulher”, usa os seus brilhantes (“Se ele gosta, porque não?”) e gosta muito de brincar com 3 *Barbies* (“O pai não queria mas eu convenci-o! Só quero ver o meu filho feliz!”). Por lapso, a mãe refere-se ao Tiago como “ela”. Encontra-se em seguimento em regime de Consultas Terapêuticas Periódicas desde 2005.

REFLEXÃO TEÓRICA E CONCLUSÕES

À luz das vinhetas clínicas apresentadas, e tendo subjacente a bibliografia estudada, destacamos:

- A existência de factores psicossociais relacionados com a instalação de PIG, nomeadamente:
 - uma maior tolerância das mães de meninos com PIG para os seus comportamentos femininos e menor incentivo ou promoção de comportamentos tipicamente masculinos;
 - um forte desejo de ter uma filha, em mães com pelo menos um filho e nenhuma filha;
 - ausência de uma relação próxima e efectiva com o pai desde período precoce do desenvolvimento da criança;
 - funcionamento psíquico e emocional de um ou ambos os pais nomeadamente. Stoller sugere que as mães destas crianças têm maior dificuldade na regulação dos afectos, o que se pode manifestar em perturbações psiquiátricas como personalidade borderline e depressão.
- Uma maior percentagem de meninas com comportamentos típicos do sexo oposto na população em geral (Zucker et al., 1997), o que levou os autores a considerar que as meninas referenciadas por PIG evidenciariam quadros mais graves do que as do sexo masculino. Este facto pode ser justificado por uma maior tolerância social a comportamentos masculinos em crianças do sexo feminino do que perante a situação oposta.
- Relativamente à comorbilidade em crianças com PIG, os diferentes estudos sugerem que, no sexo masculino, há uma predominância de psicopatologia associada à internalização em comparação com a patologia da externalização. Nas raparigas com PIG parece verificar-se a situação oposta, com uma tendência para agir maior do que na média dos rapazes da população geral. Contudo, num recente estudo de Madeleine (2007),

verificou-se não existirem diferenças significativas na comorbilidade de crianças com PIG e em crianças com outra psicopatologia.

- A mudança social a que se assiste, e a sua repercussão nas questões da parentalidade, com a tendência para a indistinção e banalização de gerações e sexos, reforça a necessidade de uma maior reflexão e atenção sobre este tema.

Em suma, salientamos o *tipo e a eventual gravidade das implicações associadas às PIG*, bem como a presença de *psicopatologia comórbida importante nas crianças* e a possível existência de *Perturbação de Personalidade parental*.

Justifica-se assim, um *olhar atento para este tópico sensível da Sexualidade Infantil*, bem como reforçar a importância de uma *sensibilização e mobilização de recursos* que vão ao encontro das *dificuldades de adaptação* e do *sofrimento inerente da criança e respectiva família*.

BIBLIOGRAFIA

- Ceglie, D. (1995). Gender Identity Disorders in Children and Adolescent. *British Journal of Hospital Medicine*, 53, 6.
- Coimbra de Matos, A. (1996). Percursos da Identidade: Processos Transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-32.
- Coimbra de Matos, A. (2002). Identidade Sexuada e Parentalidades. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 16, 11-15.
- Cohen-Kettenis, P., et al. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with GID: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31.
- Marantz, S., et al. (1991). Mothers of Boys with Gender Identity Disorder: A Comparison of Matched Controls. *JAACAP*, 30, 2.
- Simonelli, C. (2007). Gender Identity and preadolescence: A pilot study. *Journal of Sexologies*, 16, 22-28.
- Wallien, M., et al. (2007). Psychiatric Comorbidity Among Children with Gender Identity Disorder. *JAACAP*, 46, 10.
- Zucker, J., et al. (1997). Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal American Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 7.
- Zucker, J. (2005). Sex differences in referral rates of children with GID: Some hypothesis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 467-492.
- DSM-IV-TR (2002, 1ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Climepsi Editores.
- Lebovici, S., et al. (2004, 2ª ed.). *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2, 959-869. Paris: Presses Universitaires de France.

Martin, A., & Volkmar, F. (2007, 4^a ed.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 671-680). Lippincott Williams & Wilkins.

Rutter, M., et al. (2002, 4^a ed.). *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 737-753). Blackwell Publishing.

ABSTRACT

Gender identity represents the unitary and persistent perception of oneself as male or female (Simonelli, 2002). Gender Identity Disorders (GID) are characterized, according with this definition, as an intense and continued cross-gender identification, alongside persistent distress with one's assigned sex, in the absence of a concurrent physical intersex condition. It's a rare clinical situation in childhood, and there aren't any structured epidemiological studies to provide accurate data on GID'S prevalence. There is, however, a high interest in fully understanding this subject, because children with GID may present significant distress and repercussions on their functioning, such as the cognitive concept of gender, the representation of their self, troubled social interaction and peer relations, as well as significant behavior problems.

We intend to review the main aspects of this subject and achieve a better systematization, in addition to present a study carried in the Equipa da Lapa of the HDE where we focused on all children with GID diagnosis that were referred to us between January 2002 and November 2007. At the end of this paper we also present two small and illustrative clinical situations.

The results of this study make us point out the necessity of a wary look on this sensible topic of Child Sexuality, as well as strengthen the importance of mobilizing resources in order to meet the adjustment difficulties and the inherent suffering of the child and family.

Key words: Child. Disorder. Gender. Identity.

NOVOS BEBÉS, NOVAS MÃES... QUE PSICANÁLISE?

Celeste Malpique *

RESUMO

Ao definir a Sociedade Ocidental do séc. XXI como narcísica, infantocêntrica e dominada pelos avanços da Ciência, nomeadamente da Biologia e da Medicina, a autora faz algumas reflexões sobre os Novos Bebés e as Novas Mães. A Psicanálise ajuda a fazer o diagnóstico, o que é importante, mas tem limitada capacidade de intervenção.

Palavras-chave: Bebés programados. Gravidez tardia. Mães narcísicas. Procriação medicamente assistida. Sociedade infantocêntrica. Sociedade narcísica.

Começamos por nos interrogar se haverá, realmente, NOVOS BEBÉS e NOVAS MÃES no NOVO MUNDO, ou seja na sociedade ocidental em que tão rápidas mudanças se têm operado. E, se houver, a Psicanálise poderá ajudar-nos a compreender o que se passa, e poderá ser um instrumento terapêutico nos desvios que daí decorrem? Estou um pouco céptica!

Se a teoria psicanalítica nos confirma que é na intimidade da relação mãe-bebé que se origina a vida psíquica, e nesse aspecto não há mudanças, a verdade é que, as diferenças culturais sempre lhe conferiram alguma modelação. O próprio Freud o admitiu e os estudos de Antropologia Cultural de Margaret Mead. Ruth Benedict e Eric Erikson vieram a demonstrá-lo. Não há dúvida que há elementos patoplásticos condicionados pelas mudanças socio-culturais.

E foram grandes e rápidas as mudanças socio-familiares e os progressos científicos que vieram revolucionar o papel da mulher, quer no que respeita à

* Psiquiatra. Pedopsiquiatra. Psicanalista.

sexualidade e à maternidade, quer à cidadania. Com efeito a emancipação da mulher começou por ser uma conquista socio-política iniciada com os movimentos feministas nos finais do séc. XIX e tem vindo a ser consolidada no mundo ocidental, pela democracia e pela defesa dos direitos humanos. O livre acesso ao ensino, ao trabalho e ao exercício de cidadania, tem permitido à mulher um papel cada vez mais activo na sociedade, papel que ela exerce com crescente prazer e eficácia.

A utilização generalizada da pílula como método contraceptivo deu à mulher maior liberdade sexual, permitindo-lhe um maior controlo da maternidade. Ou seja, a mulher está hoje menos sujeita ao jugo biológico... O casal pode fazer um planeamento familiar.

A mulher vem assim tomando posse do seu próprio corpo, quer no acesso e procura do prazer sexual, quer na opção pela maternidade. Corre mesmo o risco de alimentar a convicção narcísica de que pode ter um filho quando quiser e com quem escolher, assim como pode abortar se assim o entender. O corpo é seu, o filho cresce no seu corpo e, quem decide sobre o que fazer, é ela. A sociedade ocidental confere-lhe esse direito de decidir no caso de aborto.

Investida de tanto poder, a mulher pode assumi-lo sob forma de onnipotência narcísica e chegar mesmo a desejar ter filhos sem a partilha com um homem! Diríamos que em situações extremas, a mulher regressa para fixações narcísicas fálicas, regressa a fantasias onnipotentes de bissexualidade próprias da infância e chega a fazer projectos quase delirantes de partenogénese.

Excluindo estas situações tão caricaturais quanto patológicas, teremos de admitir que os progressos da Biologia e da Medicina abriram hoje caminhos que há uns anos atrás seriam pura ficção. Referimo-nos à gravidez medicamente assistida ou seja à possibilidade de realizar a fertilização intra-uterina (20% de êxito), fecundação *in vitro*, (40% de sucesso), micro-injecção de espermatozoides (40% de sucesso), doação de ovócitos (55% de êxito) e já se vai falando na congelação de óvulos da idade fértil como uma espécie de seguro de maternidade. Isto para além dos progressos no tratamento da infertilidade do casal que abrange 12 a 15% da população e tem 55% de bons resultados.

O desejo de ter um filho tornou-se mais realizável. Todavia o desejo de ter um filho – tão natural como o amor – tornou-se hoje para certos casais ou para algumas mulheres, uma obstinação, quase um sintoma!

Sabemos que motivos académicos e profissionais levaram a mulher a adiar a maternidade e que o planeamento familiar responsável levou o casal a exigir cada vez mais condições de segurança para receber uma criança – para o amar, para o educar, para o manter saudável! Este adiamento da procriação, trouxe, como seria de prever, a diminuição da fecundidade do casal.

É certo que a gravidez decorre hoje com maior segurança, com assistência médica cuidada; é certo que os riscos para a mãe e para o bebé foram muito atenuados. A mortalidade infantil baixou de modo significativo. A valorização psicológica da relação mãe-bebé mobiliza técnicos de saúde mental e tem originado medidas de prevenção eficazes.

Em Portugal, por exemplo, desde 1982 a idade média do nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar e, em 2007, chegou aos 28.2 anos. O Plano Nacional de Saúde para 2010 é de 14,2 % de mães com 35 ou mais anos. Isto em Portugal, mas a taxa de mães tardias, no mundo ocidental, é de 18.5%, o que significa um aumento superior a 32% de 2001 a 2007. O risco da primeira gravidez a partir dos 35 anos é maior, mas também muito se tem avançado no sentido de o reduzir.

SOCIEDADE INFANTO-CÊNTRICA

O bebé tornou-se um bem raro! Há que desejá-lo, há que escolhê-lo, há que protegê-lo o mais possível enquanto bebé! Note-se o consumismo irresistível que rodeia o bebé – as lojas de roupa de bebé proliferam, o seu design mudou, as cores tornaram-se berrantes, os brinquedos não param de atrair, há decoradores para quartos de bebé, etc.

Vivemos numa Sociedade Infocêntrica – o bebé é um bem raro e, por isso, um bem precioso! Como tal, um bem apetecível, e por isso a criança é disputada de uma forma que, por vezes, desrespeita os direitos da própria criança.

Os Media reflectem claramente esse fenómeno quando inflacionam os crimes em que a criança é vítima, e quando tornam públicos os conflitos entre pais biológicos e pais afectivos. Não se olha a meios para atingir o fim, que nos parece ser a posse da criança, e no meio de tanta polémica se esquecem os direitos de um ser em desenvolvimento que, como tal, deve ser respeitado mas não idolatrado.

A SOCIEDADE ANULA O IMPREVISÍVEL

Outra característica da sociedade em que vivemos é anular o imprevisível! A ciência trouxe-nos a convicção de que podemos prever ou pelo menos controlar a nossa vida. A doença, a maternidade, o parto, por ex., para só falarmos do tema que nos ocupa. Reduzir ao mínimo o risco é um dos lemas da Medicina Preventiva. E por isso se fala hoje tanto de gravidez de risco, de bebés de risco, de crianças em risco, populações de risco, etc.

Quase desapareceu ou tenta apagar-se o imprevisível. Quando alguém aceita o curso natural dos acontecimentos é considerado irresponsável.

Quando um bebé nasce sem ser programado fruto de uma relação amorosa, quando não se tem a certeza que será normal, quando não se tem a confirmação do sexo, quando a hora do parto não fica agendada pelo obstetra, ou se programa mesmo uma cesariana porque a mulher o exige, hoje, é de desconfiar da idoneidade dos pais! Se algo foge ao esperado, alguém deve ser culpado, o médico, o Hospital, o Governo.

E todavia o imprevisível faz parte da essência da condição humana – quem alguma vez soube o que vai ser a sua vida, a dos seus filhos, e a hora da sua morte? A incerteza é a própria angústia existencial, a tolerância face à incerteza é uma força que nos protege da decepção e nos alimenta a esperança

Decididamente não somos perfeitos, não somos imortais, não somos deuses!

Vivemos numa época de mães e filhos programados. Programados pelas condições sociais, pelo saber médico, pelo mercado e actualmente pelo desejo de afirmação pessoal. Se um filho é sempre um prolongamento narcísico dos pais, não pode sê-lo ao serviço exclusivo da vontade da mãe. O bebé humano fruto de uma relação amorosa é desejado, concebido, é educado pelos pais, porque a parentalidade é uma tarefa mais completa e talvez mais complexa do que a maternidade. É nesse sentido que o vínculo afectivo é mais profundo do que a simples filiação biológica.

Conceber um filho é pois um projecto de vida e para a vida, não é normal nem saudável que resulte apenas da decisão da mulher, que se propõe assumir só, esse projecto como forma de realização e satisfação pessoal.

Podem então encontrar-se hoje e, em função dos avanços da Biologia e da Medicina, NOVAS MÃES que desejam realizar a maternidade e podem consegui-lo por técnicas de gravidez medicamente assistida, sem a participação obrigatória de um parceiro. Há países em que isso já é possível, mas felizmente entre nós por questões éticas e psicológicas, mulheres sós não são aceites nessas intervenções.

Há notícia de mulheres que se submetem a estímulos de fertilização já fora da idade fértil, ou seja após a menopausa. Mulheres que fazem da maternidade, um capricho, para satisfazer a sua necessidade de rejuvenescimento, de exibicionismo e realização pessoal. O filho neste caso está ao serviço do narcisismo da mãe e poderá vir a ser anulado como pessoa nesse projecto contra-natura.

Poderíamos então admitir que certas personalidades narcísicas, nomeadamente fixadas num narcisismo fálico, podem hoje recorrer aos avanços da Medicina e tornar o desejo de maternidade num sintoma.

Esta circunstância só pode prejudicar o desenvolvimento desses NOVOS BEBÉS que são um sintoma da mãe e que acabam por não ser atendidos nas suas necessidades afectivas. Mesmo quando são mimados e desveladamente cuidados, só existem para esconder a falha narcísica e a depressão da mãe. Serão para sempre uns “filhos da mãe!”

Outra situação que está na moda é a adopção de crianças de várias etnias, um espectro do Mundo, uma paleta multicolor, que não é senão o reflexo da onnipotência dos pais ou do capricho de mulheres, que precisam de chamar a atenção sobre si. Algumas são estrelas de cinema ou do espectáculo. A criança é um adorno e possivelmente nada mais!

Sabemos que são excepções, excentricidades, do mundo moderno!

NOVOS CASAIS

Falemos pois dos NOVOS CASAIS, que legitimamente desejam um filho, e, que hoje podem realizar o seu desejo, mesmo em condições adversas. Actualmente a parentalidade é mais assumida, mais partilhada. Os cuidados ao bebé são dispensados por ambos os pais desde muito cedo; os homens têm tido acesso ao prazer de usufruir de uma paternidade mais próxima e afectiva.

Um filho programado é, em princípio um filho desejado.

Os pais acompanham o seu bebé desde as primeiras semanas até ao parto, e a partir das ecografias do feto vão construindo uma imagem-representação da criança, que é diferente, em termos da vida psíquica, do imaginário que, sempre ia sendo elaborado ao longo dos 9 meses.

Diríamos que hoje o bebé imaginário é mais próximo do real. Recebem-se inúmeras informações: sexo, tamanho, malformações, temperamento, etc. Será que esse facto diminui a ansiedade da espera? Será que aumenta o investimento afectivo no bebé? Não sei!

Os NOVOS BEBÉS, programados e desejados, são de certo modo escolhidos, controlados e, a atitude dos pais e dos médicos aproxima-se um pouco do processo de adopção; procurar um filho perfeito, sem deficiências, quase a realização alucinatória do desejo.

O controlo do risco pode empurrar os pais para a utopia da normalidade, para a exclusão da doença, da deficiência. Como vão eles lidar com um filho que, programado, desejado e vigiado os venha a decepcionar?

Com efeito o amor incondicional resiste melhor à decepção pois aceita “o que der e vier”, uma filosofia de vida que reduz a onnipotência e previne a depressão.

Os NOVOS BEBÉS do mundo ocidental, devem ser saudáveis, lindos, perfeitos... pois assim o exigem os seus pais que os programaram, desejaram e tudo fizeram para que tal acontecesse.

Talvez mais do que noutras épocas os pais sentem-se os autores dos seus filhos e exigem que eles correspondam ao seu projecto. De contrário e por vezes, à menor decepção tornam-se abandonados.

Seria então de perguntar:

Numa época em que a parentalidade é mais assumida e em que o planeamento familiar é comum, porque aumentam os divórcios? Porque há maior abuso sexual de crianças? Porque há mais raptos e sequestro de crianças?

As famílias monoparentais têm aumentado e a sobrecarga da tarefa educativa, cabe com mais frequência à mãe.

Será reflexo da sociedade narcísica em que nos transformámos?

O bebé e a criança alvo de idealização, objecto de desejo e de posse, para o bem e para o mal, é hoje alvo preferencial de pulsões primárias, presa fácil em mãos perversas., objecto frágil para adultos impotentes, prolongamento vistoso para mulheres histéricas. A inocência é particularmente atractiva quer para o olhar quer para o imaginário.

A escolha amorosa é hoje predominantemente narcísica, tal como o desejo de um filho; a decepção é mal suportada, o objecto de amor é abandonado, em busca de um outro mais espelhado em si-próprio. A escolha narcísica de um filho pode ter igual destino.

Admito que esta seja uma visão pessimista da civilização ocidental, onde tanto se progrediu para o bem-estar da criança, da mulher-mãe e da família. Resolveram-se uns problemas e surgiram outros!

Terá a Psicanálise uma resposta?

A teoria psicanalítica tem contribuído, no último século para a compreensão da psicodinâmica das relações familiares, para o estudo da relação mãe-bebé, para um conhecimento mais aprofundado da feminilidade. Procura acompanhar as mudanças socio-familiares, a mudança do papel da mulher, e está atenta às manifestações de sofrimento e organizações psicopatológicas, que hoje se nos deparam Menos neuroses, mais patologia narcísica e *borderline*; talvez uma sexualidade mais pregenital. Face à libertação da mulher o homem sente-se mais inseguro e é ele que vem apresentando mais desvios e disfunções sexuais.

É hoje mais frequente ouvir no divã, mulheres que adiam a maternidade porque nunca se sentem prontas ou disponíveis para a maternidade. Investem de tal modo o seu projecto de realização pessoal como profissionais, por ex., que a gravidez e a maternidade são vistas como uma interrupção desse projecto. Raramente o excluem, porém.

Outra forma de o manifestar é a escolha do parceiro que acaba por nunca reunir as qualidades para ser o pai dos seus filhos. Tal como o homem no século passado, que separava a mãe dos seus filhos (a esposa) da amante.

Todavia, para a mulher ser mãe, continua a ser um imperativo, o colmatar de um sentimento de plena realização. Talvez mais do que ser pai, para o homem.

Este acordar para o desejo de ser mãe pode chegar tardiamente. A mulher adia-o para cuidar primeiro de si e ficar depois, disponível para cuidar de um filho. Esquecem que a maternidade tem um “timing” que faz parte do amadurecimento da mulher. Estou convencida que a maternidade enriquece até o papel da mulher como profissional.

É hoje frequente que aos 38-40 anos a mulher se angustie por se deparar com a baixa da fecundidade, e se torne então particularmente activa na procura desesperada de meios medicalizados de fertilização, transformando a maternidade num problema, numa doença.

É evidente que é melhor que um filho seja desejado, mas assim tão activamente procurado, com expectativas tão ansiosas, o bebé passa a ser alvo de uma carga emocional que perturbará o decurso natural dos acontecimentos relacionais.

O filho que resulta de uma gravidez medicamente assistida, sujeita sempre a alguma probabilidade de fracasso (50 a 80%), vigiada pelo casal e pelo médico, como se de uma doença se tratasse, só pode ter, em caso de êxito, um envolvimento triunfal, e o bebé deverá, por acréscimo, corresponder a essas expectativas. Agora não apenas dos pais mas também do médico. O menino terá o estigma de sobrevivente.

Como segui muitas crianças, pude observar alguns filhos que suportavam esse investimento acrescido das mães, por terem sido, por ex., prematuros de risco, por terem sido concebidos após repetidos desmanchos, por ser um gémeo sobrevivente, ou por resultarem de uma gravidez medicamente assistida. Como se as mães os apresentassem como obra sua e do médico, e esperassem que esses filhos correspondessem ao seu heroísmo e sacrifício. Por outro lado encravavam-nos como frágeis sobreviventes.

Só uma fantasia onnipotente pode levar a imaginar um filho como obra de seus pais, obra de sua mãe! Não confundir isto com responsabilidade ou cuidada vigilância.

Perdemos a capacidade de aceitar o imprevisível, de aceitar o curso natural das coisas, parece que esquecemos que a concepção é um acaso, que a gravidez é um tempo de espera, que os pais estão lá para receber, para acompanhar, para apoiar, amorosamente, alguém que desde muito cedo é um indivíduo, e como tal deve ser respeitado na sua alteridade.

Os pais parecem carregar essa responsabilidade imensa de fazer filhos perfeitos, filhos que cumpram todos os requisitos que confirmem a sua competência. O peso da responsabilidade culpabiliza. Por muito que esta minha afirmação escandalize, parece que hoje se dá mais valor à embalagem do que ao conteúdo! “um filho programado e ansiosamente desejado” tem um suporte imaginário muito mais forte do que um filho que acontece e vai sendo construído na mente dos pais ao longo da gravidez e ao longo do seu natural desenvolvimento.

QUE PSICANÁLISE?

Nesta Sociedade Narcísica em que impera o individualismo, na qual a Ciência constitui a nova utopia que alimenta no homem a onipotência narcísica, que pode fazer a Psicanálise?

Justamente nesta época em que o narcisismo dificulta o pedido de ajuda, em que as limitações da condição humana são esquecidas e o homem não suporta a frustração nem a espera – que Psicanálise?

Nesta época em que os avanços da Medicina e das Tecnologias oferecem soluções quase miraculosas, e alimentam no Homem a ilusão da imortalidade e da ubiquidade – que Psicanálise?

À Psicanálise cabe o diagnóstico, e já o tem feito. Mas os psicanalistas que poderão fazer? Pouco.

Alguma coisa na prevenção acompanhando em equipas de saúde mental a mulher grávida a relação mãe-bebé, participando em consultas de esterilidade e de gravidez medicamente assistida, colaborando na formação de psicólogos clínicos, de pedopsiquiatras, e de médicos, por exemplo.

Resta-nos esperar pelos sintomas dessa Sociedade Narcísica – ou seja pelas depressões, pelas dependências, pelas perversões, que dominam o sofrimento do século. Aí contamos com alguns êxitos terapêuticos, em processos analíticos longos e difíceis.

Incluimos ainda o crescente (?) abuso sexual de menores, inclusive de bebés, a toxicodependência, os desvios sexuais, e a violência, da violência doméstica a outras formas de criminalidade. Uma patologia com forte envolvimento social que exige intervenção pluridisciplinar (médica, psicológica e judicial), à qual a leitura psicanalítica poderia acrescentar conhecimento e estratégia.

RESUME

En définissant la Société Occidentale du XXI siècle comme une société narcissique et enfantocentrique, dominée par les progrès de la Science, notamment de la Biologie et de la Médecine, l'auteur fait quelques réflexions sur les Nouveaux Bébés et les Nouvelles Mères. La Psychanalyse a déjà fait le diagnostic ce qui est important, mais elle a une capacité d'intervention limitée.

“A SAÚDE MENTAL... SAI À RUA! COMO? PARA ONDE? PARA FAZER O QUÊ?” *

Maria da Graça Barahona Fernandes **

Raúl Caeiro **

RESUMO

Os autores salientam algumas linhas orientadoras das intervenções comunitárias do Psicólogo Clínico em Saúde Mental Infantil (S.M.I.), articulando-as e organizando-as em vários níveis, de um sistema piramidal de recursos institucionais.

Estas intervenções são exemplificadas pela problemática das dificuldades de aprendizagem.

Partem dos contributos de Erikson, de G.Caplan, Cramar, M. Soulé e Manzano (noções de crise, de indicadores de risco, de vulnerabilidade e de resiliência); de João dos Santos (integração da S.M.I. na Saúde Pública); e das políticas de inclusão escolar das crianças com necessidades educativas especiais (consignados no “Warnock Report” e na Declaração de Salamanca).

Estas referências são inseridas no pano de fundo das recomendações da O.M.S. preconizadas na conferência de Alma – Ata.

Enfatizam a importância de articulação racional dos recursos, do trabalho em parceria e da

implicação de todos os cuidadores nas acções preventivas em S.M.I..

Na conclusão são dados exemplos de programas já realizados e de outros ainda em curso.

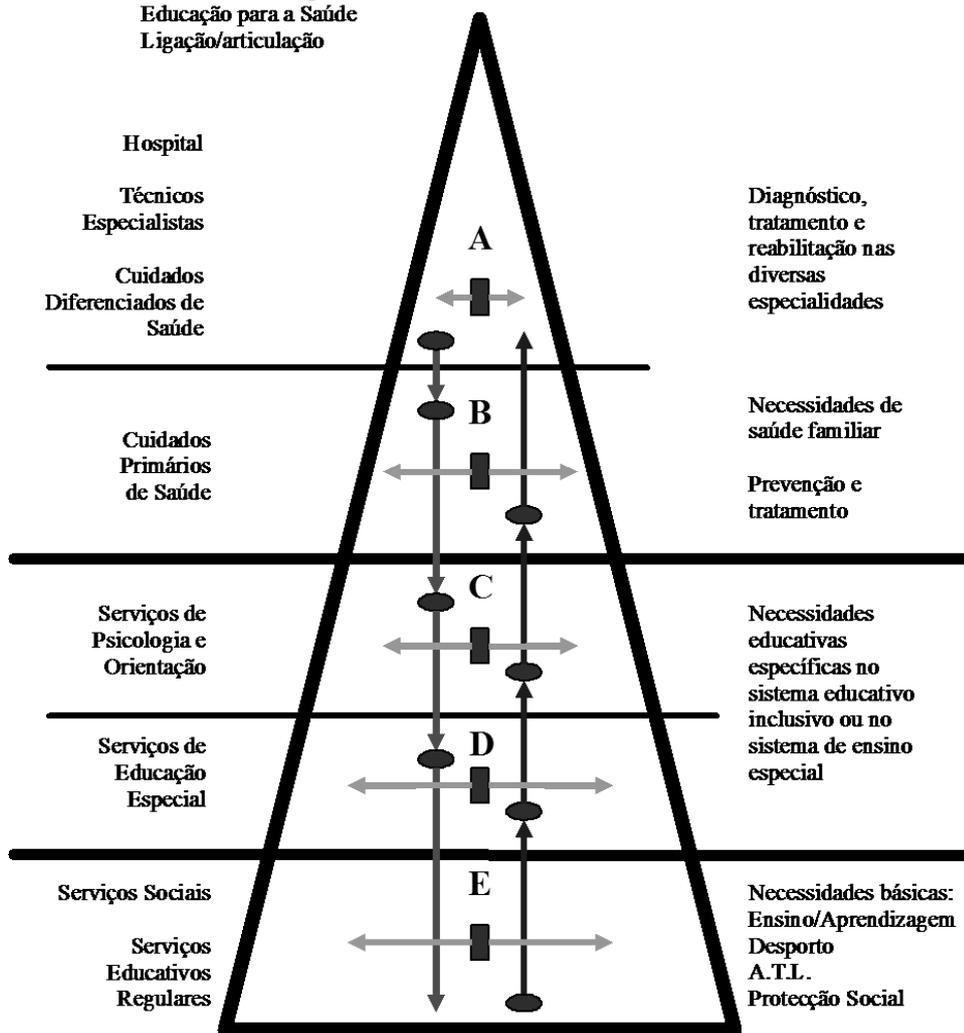
Palavras-chave: Articulação. Co-responsabilidade. Coping. Intervenção comunitária. Pirâmide de recursos institucionais. Resiliência. Wellness.

* Poster apresentado no II Encontro de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Algarve, 6 e 7 de Dezembro de 2006, Carvoeiro.

** Psicóloga(o) Clínica(o). Associação de Apoio à Clínica do Parque – Arterapias.

ACÇÕES:

Indirectas (Consultoria)
Preventivas (Iatrogenia)
Educação para a Saúde
Ligação/articulação



Legenda:

- Ponto de partida nos percursos verticais
- Ponto de partida nos percursos horizontais
- ▲ Ponto de chegada nos percursos
- ↑ Percursos verticais
- Percursos horizontais

ACÇÕES: Prevenção
Triagem
Ligação: Coordenação
Articulação

Figura 1. Pirâmide de Recursos

RESSALVA

A nossa abordagem do tema "A Saúde Mental Sai à Rua", no II Encontro de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Algarve... foi apresentada sob a forma de um poster que se desenvolvia em redor de um núcleo central – uma pirâmide – figurando os principais recursos hierarquizados existentes na comunidade (na "rua").

Ao redigirmos os textos para publicação, verificámos que a representação gráfica da pirâmide era redutora do que pretendíamos transmitir. Por essa razão, efectuámos modificações na representação dos "percursos" possíveis de realizar aos vários níveis.

Assim, reduzimos as numerosas setas verticais só *para duas* e colocámos *pontos de partida (bolas)* e de *chegada (setas)*.

Pensamos que estas alterações tornam mais clara a ideia de que cada um dos níveis pode *ser emissor e receptor* de percursos verticais realizados de um extremo ao outro da pirâmide ou apenas, parcialmente, em contiguidade ou não.

Finalmente, acrescentámos no interior de em cada um dos cinco níveis, *setas horizontais e rectângulos* que são os pontos de partida de outros possíveis *trajectos*.

PREÂMBULO

Dos muitos problemas de Saúde Mental Infantil, seleccionámos os das crianças com *dificuldades escolares*. Fazemos o convite de vir connosco ao encontro de muitas dessas crianças, percorrendo os percursos/setas dos diferentes níveis (A, B, C, D, E) da pirâmide de recursos que apresentamos.

O que reputamos de essencial é que em qualquer nível em que se situem as crianças, estas possam beneficiar de modo *racional* dos recursos, respeitando a *hierarquia funcional* dos serviços disponíveis – dos mais numerosos e diversificados de base, até aos de topo, pouco numerosos e especializados – sem se verificarem "*curto-circuitos*" inoperantes e onerosos economicamente.

Os especialistas do nível A recebem dos técnicos de outros níveis, uma percentagem dessas crianças para consulta e tratamento. Face a este pedido interrogamo-nos: será que os problemas dessas crianças são do nosso âmbito? Terão sido bem referenciadas para tratamento clínico especializado? Será que vamos ficar "inundados" de casos, desimplicando eventualmente outros técnicos de Saúde ou de Educação (nos níveis B, C e D)?

Temos dúvidas sobre o modo como nos olham e como nos vemos a nós próprios: será que somos os detentores da ciência, seremos os “sábios”, ou os “ricos” em meios técnicos de diagnóstico e tratamento mais ou menos sofisticados? Será que nós, isolados nos gabinetes, damos conta dos múltiplos contextos exteriores à medicina, à pedopsiquiatria e à psicopatologia?

Constatamos que não é de todo assim! Mesmo quando é possível trabalhar em equipa multidisciplinar.

O que verificamos é que somos frequentemente idealizados e muitas vezes objecto de um desejo mágico de tudo resolver. Somos confrontados com o conflito entre os limites das nossas reais possibilidades de resposta especializada (de facto muito reduzida) e a elevada expectativa depositada em nós pelos não especialistas.

Os especialistas e técnicos de outros níveis da pirâmide ficam frequentemente desiludidos com as nossas acções, por vezes consideradas pouco eficazes, morosas e elitistas... Enfrentam o desamparo de quem não se sente ajudado, nem compreendido no difícil quotidiano junto destas crianças problema.

Natural é que, num primeiro tempo, possa ocorrer uma rejeição mútua, uma vez que são de facto tão diferentes as referências teóricas, a linguagem e os contextos de trabalho. Mas, se aceitarem o nosso convite para “deambularmos” nesta pirâmide procurando respostas, poderemos progressivamente conhecer-nos melhor, identificar de modo mais preciso os nossos respectivos papéis, o que nos leva a uma crescente aceitação das competências e limitações em que vivemos, uns e outros.

No decorrer da nossa actividade clínica, ao percorrermos alguns trajectos na pirâmide surge-nos uma evidência: *optamos e assumimos* não só devolver-vos muitas situações, mas também solicitar-vos respostas aos níveis B, C, D e E.

Mas, poder-se-ia perguntar: como é possível pedirmos ainda *mais* intervenções a técnicos que já se sentem desmunidos, que julgam não saber actuar nalguns casos que parecem ultrapassar as actuações que vos são específicas?

De facto fazemo-lo por opção de seguirmos modelos de prevenção de eficácia comprovada e por valorizarmos o vosso trabalho e iniciativa. Reconhecemo-vos com *outros saberes, outros e mais diversificados meios de resposta*, que estão mais acessíveis porque mais próximos de certas populações carenciadas e não motivadas a serem ajudadas no plano da Saúde (como recomendam os Princípios de Política de Saúde da O.M.S. – apresentados em I).

Na realidade, o mais importante é que neste *movimento* de encaminhamento não “*depositamos*” os casos; *acompanhamo-los num “ombro a ombro” em pé de igualdade* de suporte, formação e mútua responsabilização.

Pensamos que podemos oferecer-vos um *outro olhar* sobre as dificuldades escolares de algumas das crianças, tal como necessitamos de receber a vossa

perspectiva específica sobre elas. Deste modo, os contactos casuísticos assim estabelecidos permitem que *outras das vossas actuações individuais* passem a ter um cariz *terapêutico e uma incidência preventiva*, beneficiando indirectamente outras crianças (conforme a actuação de João dos Santos em Centros Materno-Infantis – apresentados em IV).

É assim que o vosso trabalho se enriquece junto da percentagem elevada de crianças que, não necessitando de tratamento especializado (ao nível A), nem tendo indicação para medidas de Ensino especial (ao nível C e D), podem, no entanto, necessitar de *outros cuidados*, nomeadamente os preventivos, os de Educação para a Saúde, bem como os de apoio na escola, na família e na comunidade próxima (como sugerem os métodos de intervenção preventiva de Caplan, Soulé, e Cramer – apresentados em II e III).

Portanto, é nossa convicção que os percursos na pirâmide podem desenvolver-se cada vez mais num *vaivém articulado, complementar e integrado, de dar e receber, de perguntar e responder*, em prol da Saúde Mental Infantil.

PRINCÍPIOS DE POLÍTICA DE SAÚDE

Modelos e conceitos de Saúde mental

Realizámos uma elaboração a partir da definição de Saúde da O.M.S. de 1947; retivemos ainda outros documentos, nomeadamente, o da Conferência de Alma-Ata (1978) e outros mais actuais realçando a dimensão social da Saúde Mental. Consequentemente, propomos algumas *orientações chaves*.

A – Ao nível dos profissionais comunitários:

As acções de promoção e prevenção em S.M.I. devem ser exercidas *prioritariamente pelos que estão antes do especialista*, por estarem próximos da população, por lidarem com ela quotidianamente em primeira linha e pela inerência das suas funções sociais de educar, ensinar, ocupar tempos livres, dinamizar actividades desportivas, escutar em linhas telefónicas SOS, dinamizar grupos de auto-ajuda, etc.

Estes serviços, ao darem respostas às necessidades sociais básicas, *tornam-se os principais agentes de S.M.I. na comunidade*, por estabelecerem redes informais de apoio e comunicação que são económica e tecnicamente exequíveis. As suas actuações, não tendo um carácter específico (médico, psicológico, psiquiátrico), são, ao contrário, de *âmbito alargado* (psico-social, cultural, educativo, psicopedagógico, e médico-sanitário), implicando todos os sectores conexos ao desenvolvimento.

São intervenções sempre multidisciplinares devido à múltipla dimensão dos factores em jogo, resultante da interacção entre a criança e o meio.

As acções que acabámos de referir devem concretizar-se *o mais precocemente possível*, nos primeiros anos de vida da criança porque, nessa altura, é elevada a sua plasticidade adaptativa ao meio e a sua permeabilidade às influências exteriores, bem como as suas faculdades para se auto-estabilizar (consolar-se) face a acontecimentos de vida traumáticos (miséria, desagregação familiar, separações, doenças crónicas próprias ou dos pais...). Na idade escolar, insistimos que “nunca é cedo demais para intervir”, a partir dos cuidados básicos (ao nível E da pirâmide) e ao nível de cuidados de saúde familiar (nível B), passando por acções dos psicólogos dos S.P.O. (nível C). Realçamos a este propósito que não diagnosticar precocemente as crianças, coincidente com o desejo de não as rotular ou segregar, não deve justificar o *recurso tardio* a medidas e encaminhamentos de que elas carecem.

De notar que estas acções, não sendo formalmente especializadas, adquirem por vezes um *cariz preventivo e terapêutico* por se realizarem a pedido de técnicos de outros serviços mais específicos (dos níveis A e B) e por contarem com a colaboração destes. Têm, por isso, um efeito multiplicador/dinamizador e ainda um efeito colateral de formação/sensibilização de todos os intervenientes, permitindo prevenir psicopatologias ulteriores ao longo do desenvolvimento. Lembre-se a este propósito que alguns psicólogos dos S.P.O. e dos Centros de Saúde, coordenados numa rede de Escolas Promotoras de Saúde, elaboraram programas especificamente dirigidos para grupos de risco identificados, tais como crianças ciganas, filhos de emigrantes, alunos de bairros considerados problemáticos inseridos nos T.E.I.P/ Territórios Educativos de Intervenção Prioritária.

B – Ao nível dos especialistas:

Recomenda-se uma atitude de *concertação e co-responsabilidade* de todos os intervenientes – escolhendo os interlocutores privilegiados na comunicação com o cliente (assistente social do bairro, professor, médico de família, padre); as acções implementadas evitam a segregação por desenvolverem *acções dinâmicas – de ir ao encontro dos problemas – de “sair à rua”*, explorando todas as possibilidades e recursos que a comunidade oferece.

Por outro lado, também é relevante que os técnicos ultrapassem o isolamento em que frequentemente se acantonam, desenvolvendo parcerias na comunidade com uma série de Serviços oficiais ou associativos de inserção social, reabilitação, integração profissional, Comissões de Protecção de Menores, numa malha maleável e transformável de recursos, podendo oferecer múltiplos cuida-

dos que não têm nem devem ser exclusiva ou prioritariamente confiados à pedopsiquiatria nem à psicologia clínica.

Portanto, os especialistas devem intervir *no exterior* dos seus serviços, nas equipas comunitárias; para tal é indispensável conhecerem o meio – e darem-se a conhecer – valorizando todas as respostas disponíveis.

As intervenções visam a *articulação* dos serviços mediante acções integradas e contínuas, agindo junto das Instituições de *modo indirecto* em *acções de consultadoria*.

C – Ao nível da comunidade:

Estas intervenções são muitas vezes *pró-activas*, dirigem-se a populações ainda não afectadas, antes de serem clientes dos serviços curativos (Albee; Conyne, citados por Negreiros, 1985). Promovem nos indivíduos uma perspectiva positiva fomentando *mudanças de comportamentos e de estilos de vida* conducentes a uma boa Saúde; a este propósito, podemos referir conceitos afins como o de *wellness* e o de *resiliência*. O que se pretende não é só a ausência de doença, nem um estado estático de equilíbrio completo de bem-estar físico, mental e social. *Os indivíduos deixam de ser meros receptáculos de normas* para se tornarem capazes de assumir eles próprios *a responsabilidade* e a *iniciativa pela sua saúde, promovendo mudanças para estilos saudáveis de vida*, enfatizando as suas *competências* e a *resiliência*. As mudanças no modelo de Saúde referidas têm sido terreno fértil para surgirem numerosas iniciativas de pais, profissionais e sociedade civil no sentido de criarem Associações ou Instituições particulares, sem fins lucrativos, de apoio a crianças com deficiência mental, com autismo, com paralisia cerebral, com deficiência motora e sensorial. Têm ainda sido criados outros recursos destinados a um leque mais alargado de crianças como grupos desportivos, de expressão lúdica, plástica, teatral...

De igual modo congregaram-se esforços com Câmaras, Juntas de Freguesia, Paróquias com a finalidade de se oferecer equipamentos diversos: piscinas, ginásios, A.T.L., creches, Jardins-de-infância, etc.

PRINCÍPIOS DE POLÍTICA EDUCATIVA

Modelo e conceito de integração escolar

Ao nível da Educação existem concepções relativamente recentes referentes aos cuidados prestados aos deficientes e às numerosas crianças com dificulda-

des de aprendizagem (cerca de 40%), decorrentes de problemas de Saúde, de comportamento e de socialização. Actualmente defende-se a *plena integração na escolaridade comum* de todas as crianças, reconhecendo-se a existência de alunos com *necessidades educativas especiais* (NEE), conseqüente de qualquer incapacidade que afecte a aprendizagem e a participação escolar, tornando-se necessárias adaptações curriculares, atenção mais específica e um leque diversificado de recursos não aplicados às outras crianças (Ambrósio, 1999). Nestes casos, os serviços que acompanham a criança em dificuldades (nos níveis A, B, e mais especificamente, C e D) negociam em conjunto com a Escola/Jardim de Infância (nível E) um *plano educativo alternativo de integração individual*, num quadro que se deseja flexível e multidisciplinar, visando o direito igual para todos em matéria de educação. Os serviços educativos identificam as crianças com NEE a quem devem ser fornecidos, *o mais precocemente possível*, meios de ensino e apoio de acordo com as suas necessidades. Com este modelo da *escola inclusiva* abandonou-se a aplicação às crianças do que se considerava rótulos de deficiências, comprovados por diagnósticos médicos e psicológicos exteriores ao sistema escolar, que podiam legitimar práticas de exclusão e medidas estigmatizantes, decorrendo em *espaços segregados* tais como *as classes especiais*. Criou-se um *novo modelo educativo* em que a avaliação das crianças é predominantemente pedagógica e em que a intervenção se centra na *procura de respostas educativas no interior do próprio sistema escolar*. O “Warnock Report”, publicado na América em 1978, a Declaração de Salamanca de 1994 e as recomendações do parecer do Conselho Nacional de Educação nº 3 em Portugal (Ambrósio, 1999), constituem três documentos fundadores na promoção de direitos iguais para todos os cidadãos em matéria educativa. De facto, a integração na escola regular das crianças com dificuldades permite-lhes uma confrontação com crianças saudáveis, uma abertura a novas e diferenciadas estimulações, necessárias ao seu desenvolvimento. Para os pais de crianças deficientes, uma *efectiva inserção* numa escola regular, dotada de modo imprescindível com meios técnicos *suficientes, diversificados, intensivos e contínuos*, poderia permitir-lhes aceitar o filho diferente e facilitar-lhes a posterior orientação para um meio especializado, quando a integração atingir os seus limites (que existem, de facto e devem ser atempada e criteriosamente considerados).

Deve realçar-se que a prestação de apoios educativos referidos visa *articular* as respostas com os recursos existentes na escola e noutras estruturas e serviços, nomeadamente, os de Saúde, de Segurança Social, de qualificação profissional e emprego, das autarquias e entidades particulares (implicando todos os níveis da pirâmide, em vários percursos verticais e noutros horizontais).

MÉTODOS DE PREVENÇÃO EM S.M.I.

Segundo G. Caplan, Soulé, Cramer, e Manzano

O termo prevenção é suficientemente amplo para abranger os três níveis de actuação, referidos pela O.M.S. a partir de Caplan (1964): primário, secundário e terciário – respectivamente, promover a saúde, prevenir as doenças e tratar dos doentes.

Os autores francófonos desenvolveram conceitos de prevenção em S.M.I. com estreita ligação com os aplicados na Saúde Pública, em particular na primeira infância. Esses conceitos associam-se a planos de intervenção, tais como: prever/antecipar os momentos críticos e intervir em *crise*; evitar e detectar os *riscos/vulnerabilidades* (nos planos biológico, psico-social, cultural e psicopatológico), através dos seus *indicadores*; implementar e fornecer *contributos básicos* de protecção e suporte da saúde; e avaliar e desenvolver *competências para a saúde* e de *domínio do stress ambiental* (noção de *coping*). Estes últimos conceitos já anunciam uma viragem para um modo positivo de encarar a prevenção, que se articulam com novas noções divulgadas pela O.M.S.: a de *wellness* (Mullen, Gold, Belcastro, & McDermott, cit. por Pais Ribeiro, 1989), a de *resiliência* (Manciaux, 1996) e a de comportamentos integrados num *estilo de vida* conducentes a uma boa saúde (McQueen, cit. por Pais Ribeiro, 1989).

O desenvolvimento destas últimas conceptualizações deriva do aumento acentuado das doenças da civilização (tabagismo, alcoolismo, toxicodependências, obesidade...), realçando a importância da *saúde comportamental*.

As referências teóricas dos autores de formação psicodinâmica expandiram-se graças à emergência de modelos psicopatológicos evolutivos e diversificados, que levam em conta os factores internos e os ambientais; evidenciaram-se sintomas que constituem *alertas* na evolução estrutural da infância (casos de psicoses, pré-psicoses e de desarmonia evolutiva, a distinguir de outras perturbações, as reactivas ou de adaptação, muitas vezes de evolução positiva espontânea). Do mesmo modo, ao surgirem estruturas de S.M.I. extra-hospitalares e outras de cuidados ambulatorios (como nos extintos Centros de Saúde Mental, nas Misericórdias, nas Autarquias), foi possível aos os seus técnicos conjugar as suas acções, criando-se assim uma *nova perspectiva de prevenção*.

Há que referir que os conceitos acima referidos foram elaborados para actuações na primeira infância, tendo sido necessário realizar *adaptações e extrapolações* de modo a torná-los operativos para a idade escolar (Barahona, 1988).

Este trabalho permitiu-nos enumerar algumas das intervenções desenvolvidas reportando-as aos diferentes níveis da pirâmide:

- A entrada para o Jardim Infantil ou para a Escola encarada como situação de *crise de desenvolvimento* (Erikson, 1971; Caplan, 1964) pode revelar sofrimentos psicológicos e desadaptações na criança. São situações habitualmente passageiras, no entanto, devem suscitar a atenção dos intervenientes educativos (nível E) por poderem traduzir, por vezes, disfunções relacionais mais precoces (angústia de separação prolongada e dificilmente consolável, isolamento, apatia, agitação...). Se assim for, há que encaminhar no sentido ascendente da pirâmide para o nível considerado mais adequado (nível D, C, raramente A).
- Identificar *indicadores de risco/vulnerabilidade* constitui o eixo nuclear das acções preventivas em S.M.I., constituindo referências importantes sem que necessariamente sejam sintomas preditivos de psicopatologia ulterior. Essa acção é particularmente útil para evitar a cristalização ou agravamento e certas perturbações evolutivas mais ou menos latentes, expressas intermitentemente por via de comportamentos ou sintomas variáveis, que são muitas vezes a única manifestação, mascarada, de um pedido de ajuda. Os técnicos do nível E os de outros níveis da pirâmide estão apetrechados para identificarem, por exemplo, crianças sem boletim de saúde, com vacinas atrasadas, com mau estado físico geral, com hematomas... Do mesmo modo, estão atentos a crianças com material degradado ou inexistente, com absentismo escolar injustificado por razões objectivas, com condutas excessivamente agressivas, inibidas e hiper adaptadas... Ou ainda, são sensíveis às crianças cujos pais se relacionam de forma ambivalente ou negativa com a escola (faltando às reuniões com os professores, não aderindo às estratégias do sistema escolar para a resolução de dificuldades, multiplicando os pedidos de consultas e de exames complementares inapropriados). Igualmente, identificam crianças com processos de aprendizagem inadequados à sua idade, que têm NEE, carecendo da aplicação das medidas previstas para as colmatar (por exemplo decidir adiar a entrada para o 1º ano do Ensino Básico ou instituir apoios psicopedagógicos especializados). Finalmente, é por vezes necessário recorrer a outros níveis ascendentes da pirâmide para que as crianças obtenham apoios sociais, pedagógicos, reeducativos, médicos, ou do foro pedopsiquiátrico e psicológico especializado.
- *intensificações de contributos* de protecção e suporte para a saúde, como via para o sucesso escolar. Assim, podem ser implementados aportes físicos/ /materiais (melhor alimentação, transporte, alojamento, cuidados de saúde e

higiene, educação pré-primária alargada...); cuidados psico-sociais/culturais (melhor nível de instrução e cultura dos pais e da população, melhor formação dos técnicos fornecedores de cuidados educativos, sociais, de saúde, abertura dos técnicos especialistas à comunidade...).

- É ainda importante avaliar nas crianças a *invulnerabilidade*, ligada à atitude activa para fazer face a situações de stress pontuais ou crónicas. De facto, há crianças com bom domínio dessas circunstâncias e *competências para vencer obstáculos*; a *resiliência* destas crianças e suas famílias pode ser sustentada por acções correctivas ou compensatórias, promovendo factores de “robustez” emocional, de modo a que todos fiquem, simultaneamente, mais protegidos e mais capacitados.
- Há ainda a considerar o sistema escolar e a sua organização técnica e administrativa que aplica as políticas de Educação, que tem importantes repercussões na S.M., quer dos alunos quer dos profissionais. Assim, existem factores materiais a melhorar (espaços, iluminação, aquecimento, biblioteca, acesso à Internet, ginásio, cantina...), dependentes de áreas como o urbanismo, a arquitectura, ou a nutrição, ao nível E da pirâmide. De igual modo, para que a Escola seja um efectivo segundo meio de vida das crianças, são necessários horários alargados, actividades de enriquecimento curricular, lúdico e expressivo, saídas de estudo e de estimulação sócio-cultural, etc. (implicando eventualmente percursos horizontais dentro de nível E). É igualmente relevante a melhoria dos programas e dos métodos de ensino, bem como a dotação de número suficiente de profissionais (professores, reeducadores/terapeutas, professores de apoio e especializados, psicólogos educacionais), com estabilidade profissional que permita a continuidade da relação pedagógica e que possa fundamentar, caso seja necessário, um adequado encaminhamento para intervenções psico-pedagógicas, psicológicas e médicas de crianças com NEE em risco e/ou vulneráveis (ex.: dos níveis educativos E e D para os níveis de Saúde A e B).

MODELO DE INTEGRAÇÃO DA S.M.I. NA SAÚDE PÚBLICA

Exemplos pioneiros em Portugal

Este modelo foi preconizado em Portugal por João dos Santos mediante intervenções preventivas em Centros Materno-Infantis (Sofia Abecassis, Bom Sucesso e Domingos Barreiro).

Criaram-se consultas de S.M.I nesses Centros, nas quais J. Santos concebeu uma metodologia sobre a *motivação* dos pais para o pedido de ajuda que era baseada na *relação* entre os técnicos (Enfermeiras com formação em Saúde Pública) e os *pais consultantes*, quando expunham *espontaneamente* um problema do seu filho – *criança cliente*. Realizavam-se posteriormente reuniões com os raros especialistas existentes na época (além das enfermeiras, psiquiatras e outras especialidades médicas, psicólogos de formação médica, filosófica ou psicopedagógica).

Este modelo passou a ser aplicado por estes especialistas sobre *outros consultantes de diversas Instituições da comunidade*: Enfermeiras, Professores, Educadores, Clínicos Gerais. Estes tornavam-se assim *verdadeiros clientes*, uma vez que se intervinha *directamente* sobre eles e *só indirectamente* sobre a criança e o seu problema.

Discutia-se entre esses técnicos *o valor e o significado das queixas na relação do bebé com a mãe ou quem lhe prestava os cuidados, sem que fosse valorizado o sintoma* enquanto quadro de um diagnóstico psicopatológico da criança. Aplicava-se uma grelha de análise (“*standing orders*”) seguindo as concepções psicanalíticas que J. dos Santos (1963) tinha introduzido em Portugal nas consultas para a infância.

Neste falar, pensar e sentir os problemas, motivavam-se os técnicos para intervenções preventivas e de âmbito terapêutico alargado, em Instituições comunitárias diversas.

À LAIA DE CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho parece-nos ficar clara a evolução dos conceitos de prevenção em S.M.I., que se mantêm integrados na Saúde Pública ainda que com modificações: desde a perspectiva de evitar riscos e prevenir doenças, até à emergência de novos modelos que enfatizam as competências para a Saúde e que possibilitam um processo de estilo de vida saudável. Estes novos conceitos têm vindo a contribuir para o desenvolvimento de novos campos no âmbito da Psicologia, designados como Psicologia Comunitária e Saúde Comportamental, este último exercido e divulgado nomeadamente pela Psicologia da Saúde; têm tido também a sua tradução ao nível da Medicina, quando surgem referências à Psiquiatria Social e à Psiquiatria Comunitária que geograficamente se mantêm organizadas como Psiquiatria Hospitalar de Sector.

Se bem que neste trabalho, tivéssemos dado relevo às intervenções preventivas, queremos acentuar que a nossa identidade e especificidade são bem dife-

rentes dessa área. De facto, assumimo-nos como psicólogos clínicos actuando ao nível dos cuidados especializados, tendo como referências teóricas a Psicologia Dinâmica e a Psicanálise; consideramos que a prevenção é uma *atitude constante* que impregna toda a nossa acção e que se interliga com as nossas acções individuais e quotidianas, complementando-se com a diversificação quer dos diagnósticos, quer das respostas terapêuticas. Esta interdependência permite que as nossas “deambulações” pelos diversos níveis de acções na comunidade se possam realizar sem o risco de se tornarem superficiais, inespecíficas e degradadas pela massificação. Uma das linhas de força desta filosofia é a difícil e laboriosa construção de uma linguagem clara, simples, não redutora da complexidade dos fenómenos mas e, sobretudo, compreensível para todos os intervenientes comunitários.

A este propósito, pretendemos lembrar o muito trabalho de intervenção comunitária já realizado no ex-Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa (actual Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia), nomeadamente na Clínica da Encarnação, na Equipa 3 da Clínica Infantil do Hospital Júlio de Matos e, mais recentemente, na Clínica do Parque. Foi possível desenvolver em moldes diversificados intervenções de parceria com Instituições diversas, consoante as necessidades do nosso trabalho e as dos Serviços com quem contactávamos.

Ocorre-nos referir como primeiro exemplo o trabalho no Centro de Saúde Mental de Beja, em 1975 e 1976, em que vários membros da equipa realizavam localmente triagens e excepcionalmente observações directas de crianças, por não existir em Beja a valência de S.M.I.

Anos mais tarde, em 1984, 1985, 1986 e 1987 estabeleceu-se um protocolo entre a Equipa 3 e o Centro de Saúde de Cascais, pelo qual se implementava uma articulação entre os dois Serviços, mediante intervenções de triagem, formação e consultadoria.

Nos anos de 1987 e de 1988, a Equipa da Encarnação ficou sedeadada na freguesia de Santa Maria dos Olivais sendo a respectiva população aí atendida. A proximidade de várias Instituições que em parte já se articulavam entre si estimulou alguns técnicos da equipa a elaborarem um programa, “Grupo de trabalho na Comunidade”. Nele incluíam-se três técnicos permanentes (psicóloga, educadora especializada e técnica de serviço social) e outros técnicos com funções de consultores.

Uma referência bem mais recente e de maior complexidade é a do protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Algarve e o Hospital Dona Estefânia (Clínica do Parque), que criou Unidades de Apoio à S.M.I. (UASMI) nas áreas de influência dos centros de saúde algarvios (zonas central,

barlavento e sotavento), sendo o trabalho localmente desenvolvido fundamentalmente por psicólogos clínicos, com supervisão periódica de três pedopsiquiatras da Clínica do Parque e apoio de todos os restantes membros, particularmente de psicólogos.

Neste último caso, o protocolo mantém-se, o que revela a sua vitalidade e dinamismo, que ficam valorosamente comprovados com a realização deste II Encontro de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Algarve, organizado pelas Instituições locais da A.R.S. em conjunto com a Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA).

BIBLIOGRAFIA

- Ambrósio, T. (1999). *Crianças e alunos com necessidades educativas especiais*. Conselho Nacional de Educação – Parecer n.º 3/99.
- Anthony, E. J., Chiland, C., & Koupnik, C. (1980). *L'Enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris: P.U.F. (Obra original publicada em 1974)
- Anthony, E. J., Chiland, C., & Koupnik, C. (1982). *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable*. Paris: PUF. (Obra original publicada em 1974).
- Barahona, G. (1988). A prevenção em S.M.I. aplicada ao fracasso escolar. *O Professor*, n.º 107.
- Barahona Fernandes, H. J. (1975). A saúde mental no Serviço Nacional de Saúde. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas*, CXXXIX. Lisboa.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erikson, E. (1971). *Identity, youth and Crises*. Faber and Faber.
- Negreiros, J. (1985). Saúde Mental e evolução da Psicologia Preventiva. *Jornal de Psicologia*, 4(5),19-25.
- O.M.S. (1977). *Santé Mentale et développement psychosocial de l'enfant*. Relatório técnico da O.M.S. N.º 613. Genève.
- Manciaux, M. (1996). La résilience: mythe ou réalité? In M. Gabel (Ed.). *Maltraitance psychologique*. Paris: Fleurus.
- Pais Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, 8(2),19-22.
- Santos, J. (1963). La valeur du Symptôme dans le domaine préventif. *La Psychiatrie de l'Enfant*. Volume VI, Fasc. 1. Paris: P.U.F.
- Santos, J. (1969). Contribuição da Psicanálise para a Saúde Pública. *Jornal do Médico* – LXIX.
- Santos, J. (1972). Saúde Mental Infantil e Saúde Pública. *Anais Portugueses de Psiquiatria*.
- Soulé, M., Cramer, B., & Manzano. (1977). Programas preventivos em Serviços de crianças pré-escolares. *Médecine sociale et Préventive*, 78-79. Genève.
- Soulé, M., & Noël, J. (1985). La prévention médico-psycho-sociale précoce. In S. Lebovici (Ed.), *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: P.U.F.

RESUME

Les auteurs mettent en emphase quelques idées de base des interventions communautaires du Psychologue Clinique en Santé Mentale Infantile (S.M.I.), tout en les articulant et organisant à différents niveaux dans une hiérarchie pyramidale des ressources institutionnelles.

Ces interventions sont exemplifiées par la problématique des difficultés de l'apprentissage.

On prend comme point de départ les contributions de Erikson, Caplan, Cramer, Soulé, et Manzano (notions de crise, d'indicateurs de risque, de vulnérabilité, et de résilience); de João dos Santos (intégration de la S. M. I. dans la Santé Publique) et aussi des démarches d'inclusion scolaire des enfants avec des nécessités éducatives spécifiques (consignées dans "Warnock Report" et dans la Déclaration de Salamanque).

Ces références s'insèrent dans les recommandations de l'O. M. S. préconisées à la Conférence de Alma –Ata.

On accentue aussi l'importance de l'articulation rationnelle des ressources institutionnelles, du travail en partenariat et de l'implication co-responsable de tous les soignants dans les actions préventives en S. M. I.

Enfin, on se réfère à plusieurs programmes déjà réalisés ou en déroulement.

Mots-clé: Articulation. *Coping*. Hiérarchie pyramidale des ressources institutionnels. Intervention communautaire. Résilience. Responsabilité partagée. *Wellness*.

ABSTRACT

The authors stress some key guidelines for communitary interventions of the Clinical Psychologist working in the domain of Child Mental Health (C.M.H.); such interventions are articulated in levels of a pyramidal system of institutional services.

An example of these interventions would be the issue of learning disabilities.

The methodical foundations are fully established thanks to contributions from Erikson, G. Caplan, Cramer, M. Soulé, and Manzano (concepts of crisis, risk and vulnerability indicators, resilience); from João dos Santos (integration of C.M.H. into Public Health Services); from policies promoting school inclusion for children with special educative needs (signed in "Warnock Report" and the Declaration of Salamanca).

The W.H.O. recommendations established in the Alma-Ata Conference set a broader background for all these references.

The authors also emphasize the importance of a rational articulation of institutional services, partnership work as well as the implication of all caregivers in preventive actions in C.M.H.

In the end, they will be giving various examples of programs that have already been carried through or are still in course.

Key-words: Articulation. Communitary intervention. *Coping*. Pyramidal system of institutional services. Resilience. Shared responsibility. *Wellness*.

MAUS-TRATOS NO CONCELHO DE LOULÉ: ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO ABUSO SEXUAL NAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO NÚCLEO DE APOIO ÀS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DO CENTRO DE SAÚDE DE LOULÉ

Marta Chaves da Silva *

Ilza Martins *

Guilhermina Pacheco **

Bárbara Menezes ***

Elisabete Fortunato ****

Carina Oliveira *****

Jessica Oliveira *****

RESUMO

O presente trabalho consiste num estudo exploratório, constituído por duas partes distintas: na primeira parte, apresentam-se os dados globais sobre os maus-tratos, e na segunda parte, os dados específicos referentes ao abuso sexual. A amostra foi composta por 173 sujeitos, com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos, residentes no Concelho de Loulé e utentes do Centro de Saúde. Deste total, 21,4% foram sujeitos a abuso sexual. A incidência do abuso é maior no sexo feminino, verificando-se elevada associação com a negligência. As idades mais vulneráveis foram a faixa etária dos 3, dos 8 e dos 7 anos respectivamente. O abusador foi sempre alguém conhecido da criança, com 82% de abuso intra-familiar. O alcoolismo, a doença mental e a violência doméstica assumiram valores significativos dentro da amostra.

Palavras-chave: Alcoolismo; Crianças maltratadas; Violência Doméstica; Abuso Sexual; Doença Mental.

- * Psicóloga.
- ** Médica.
- *** Enfermeira.
- **** Assistente Social.
- ***** Estagiária de Psicologia.

INTRODUÇÃO

Falar em maus-tratos às crianças e jovens significa tratar um assunto complexo, sensível e com repercussões em diversos sectores da nossa sociedade (saúde, justiça, educação, entre outros). Este tema tem sido alvo de diferentes abordagens ao longo da história da humanidade, passando desde a sua total liberalização (infanticídio até ao século III, abandono do século IV ao século XIII) até a fase de ajuda à criança (na 2ª metade do século XIX), com a promulgação das primeiras leis de protecção de crianças maltratadas, tendo como exemplo paradigmático a história de “Mary Ellen”, em 1874, maltratada pelos pais e protegida com recurso às leis de protecção aos animais, devido à inexistência de leis específicas para protecção de crianças, na altura.

Em Portugal, apesar da questão dos maus-tratos começar a ser debatida no início do século XX, os estudos mais aprofundados sobre esta temática surgem na década de 80, “por influência do reconhecimento das Regras e Convenções Internacionais sobre os Direitos da Criança” (Magalhães, 2004, p. 30).

Em traços gerais, os maus-tratos são definidos como “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças e jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos. Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade” (Magalhães, 2004, p. 33). Podem apresentar-se sob diversas formas, como já referido, contudo, existe um consenso na comunidade científica que considera existirem 4 tipologias principais de maus-tratos às crianças e jovens: a negligência, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e o abuso sexual, descritos a seguir.

A *negligência* caracteriza-se pela falha sistemática voluntária ou involuntária em proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades básicas, quer a nível biológico como; a alimentação, higiene e saúde, quer a nível psicológico; como o afecto, a educação e a comunicação; indispensáveis ao saudável crescimento e desenvolvimento da criança.

Os *maus-tratos físicos* consistem em actos não acidentais que possam provocar danos físicos à criança. Incluem lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou a Síndrome de Munchausen.

Presentes em todas as formas de maus-tratos, os *maus-tratos psicológicos* só são considerados de forma isolada quando não estão presentes as outras for-

mas de maus-tratos. Caracterizam-se por ausência ou inadequação intencional no cumprimento das necessidades afectivas e emocionais da criança. Tem repercussões no desenvolvimento biopsicossocial da criança, e estão presentes quando acontecem insultos, humilhações, desvalorização, rejeição, isolamento, indiferença, abandono, críticas exposição à violência doméstica, etc.

De acordo com Canha (2000), o *abuso sexual* é definido como o envolvimento da criança ou adolescente em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e em situação de poder e autoridade sobre a criança. Estas práticas mostram-se incompreensíveis para o menor, pois este encontra-se num estágio de desenvolvimento que não permite compreender tais práticas e para os quais não está preparado.

O abuso sexual da criança constitui um dos problemas com maior impacto a nível social e clínico. Um número significativo de crianças oriundas de lares violentos tem sido vítimas de abuso sexual. Existem diferentes tipos de victimização sexual, tais como: manipulação, incesto, pornografia infantil, violação, abuso sexual de crianças, entre outros (Malchiodi, 1997). Na exploração sexual da criança podem estar incluídos um número diverso de actividades que vão desde o exibicionismo, fotografia ou filmes pornográficos, contacto com os órgãos genitais até à consumação do acto ou práticas sexuais aberrantes. Nesse sentido, a criança pode ser vítima de abuso sexual sem que necessariamente apresente lesões nos genitais. (Bamford & Robert, 1989; Hobbs, Hanks, & Wynne, 1993; Krugman & Jones, 1987; citados por Canha, 2000).

Conforme refere Malchiodi (1997), o abuso sexual da criança envolve na maior parte das vezes um adulto do sexo masculino, que geralmente é conhecido ou próximo da criança, que recorre ao uso da autoridade para convencer a criança a aderir à actividade sexual.

Em Portugal, foi nos anos oitenta que o tema dos abusos sexuais começou a ganhar algum interesse social, entre alguns profissionais que mostravam particular interesse por esta temática, no entanto, eram iniciativas isoladas.

O interesse público pela temática dos abusos sexuais de menores surgiu com a contribuição dos meios de comunicação, no ano de 1996 com a descoberta da rede de pedofilia na Bélgica (Fávero, 2003).

As investigações efectuadas nas duas últimas décadas apontam para as consequências a longo prazo do abuso infantil, sendo o abuso sexual da criança a forma de maus-tratos que mais tem sido o foco da atenção dos investigadores (Ginzburg, Arnow, Hart, Gardner, Koopman, Classen, Giese-Davis, & Spiegel, 2006).

Em seguida, proceder-se-á a uma breve caracterização do Concelho de Loulé e do Centro de Saúde, local onde se desenvolvem os projectos estudados.

O Concelho de Loulé é o maior concelho do Algarve, em termos de extensão geográfica (abrange 15% da área territorial do Algarve), sendo assim, pos-

sível observar a existência de várias assimetrias geográficas, pois existem zonas de serra (51% do território), litoral (12%) e barrocal (37%), estando a maior parte da densidade populacional concentrada na zona de litoral. A população inscrita no Centro de Saúde de Loulé era de 78846 utentes em Novembro de 2008.

Ao contrário do que se observa em outras zonas do país, verifica-se crescimento populacional no concelho, com aumento da taxa de natalidade (13,3%) desde 1986, superior à média nacional (11,4%). O aumento populacional deve-se também ao grande movimento migratório, quer externo (especialmente oriundo dos países de Leste e do Brasil), quer interno, com muitos naturais de outras zonas do país a estabelecerem residência no concelho de Loulé.

O Centro de Saúde de Loulé está organizado em uma sede principal e onze extensões, que distam até 60 km da sede, implicando grande tempo dispendido na deslocação, por se tratar de zona de serra, (até 120 minutos para ida e volta). O maior número de utentes inscritos encontra-se nas áreas de Loulé, Quarteira e Almancil. No grupo etário dos 0 aos 19 anos de idade, existem 15864 utentes inscritos, 8137 do sexo masculino e 7727 do sexo feminino.

O Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Centro de Saúde de Loulé, projecto criado formalmente em 2007, mas que informalmente funciona desde a criação do Núcleo da Criança Maltratada e continua após a sua extinção, quando foram criadas as CPCJ's, é composto por 2 psicólogas, 1 enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, uma técnica de serviço social e uma médica. O modelo de intervenção da equipa privilegia o apoio à criança e à família na vertente biopsi-cossocial, em articulação com as estruturas da comunidade, para rentabilizar as potencialidades e tentar colmatar as dificuldades.

A elevada incidência de encaminhamentos por abuso sexual, a relevância actual do tema, a tradição do trabalho efectuado no centro de saúde e na comunidade, e a repercussão desta temática sobre a saúde mental das crianças, suscitou o interesse por parte da equipa do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Centro de Saúde de Loulé (NACJR) sobre o estudo dos casos acompanhados pelos projectos do Centro de Saúde, nomeadamente a Intervenção Precoce Integrada (IPI), o Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI – protocolo com o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia, em Lisboa) e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco. Os projectos decorrem em simultâneo, com acumulação de funções por parte dos técnicos. A motivação para a realização deste estudo prende-se com a necessidade sentida de reflectir sobre os critérios e a metodologia de intervenção, pois muitas vezes, estes projectos constituem a primeira porta de entrada no sistema de saúde. O conhecimento da realidade actual é também um factor importante para a detecção das áreas mais sensíveis no desenvolvimento bem

sucedido do trabalho, especialmente no que refere à articulação mais fluida e eficaz com os parceiros da comunidade, nomeadamente CPCJ, Segurança Social, Ministério Público, Forças de Segurança, IPSS e Escolas, dentre outros.

Numa primeira fase, o objectivo do presente estudo incidiu sobre o levantamento dos dados em relação às crianças que estejam incluídas em pelo menos um dos projectos supra mencionados, quanto a incidência de quatro tipos de maus-tratos: mau trato físico, negligência, abuso sexual e mau trato psicológico. Na segunda fase do estudo, o objectivo foi caracterizar as crianças e as famílias, cujos casos são de suspeita ou abuso sexual confirmado.

A análise e reflexão sobre os casos acompanhados é um primeiro factor organizador para as equipas que trabalham nos cuidados de saúde primários, pois a adequada caracterização dos mesmos é fundamental para a prevenção primária, cujo objectivo é evitar o aparecimento dos maus-tratos. Nesse sentido, os dados apurados da caracterização dessas crianças e famílias servirão de base no planeamento do trabalho futuro, especialmente no âmbito da prevenção, articulação e intervenção.

METODOLOGIA

O estudo efectuado consiste num estudo exploratório, constituído por 2 partes distintas: na primeira parte, apresentam-se os dados globais sobre os maus-tratos, e na segunda parte, os dados específicos referentes ao abuso sexual. A amostra foi composta por 173 sujeitos, com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos ($X=6,96$; $DP=4,08$), sendo 63% do sexo masculino e 37% do sexo feminino. Os sujeitos residem no Concelho de Loulé e encontram-se inscritos no Centro de Saúde (sede e extensões).

O critério de selecção foi baseado na inclusão no NACJR, que abrange crianças e jovens dos 0 aos 18 anos de idade [muitas vezes, em simultaneidade com os projectos da Intervenção Precoce – 0 aos 6 anos – e o Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI) – 3 aos 12 anos de idade]. Foram definidas 5 categorias a analisar: Negligência, Maus-tratos Físicos, Suspeita de Abuso Sexual, Maus-tratos Psicológicos e Violência Doméstica. A opção por criar um item distinto para a violência doméstica deve-se ao interesse da equipa em recolher dados sobre os agregados familiares onde ocorre violência doméstica, para organizar trabalho específico nesta área, posteriormente.

Na segunda fase do estudo, em que se procuraram caracterizar os casos específicos de abuso sexual, foram seleccionados da amostra anterior os 37 casos referenciados como tal, com idades compreendidas entre os 3 e os 16

anos de idade ($X=7,95$; $DP=3,84$), 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino.

O procedimento de recolha de dados consistiu na análise dos dados dos processos clínicos ($n=501$) distribuídos pelos 3 projectos: GASMI ($n=280$), IPI ($n=48$) e NACJR ($n=173$). Esta análise permitiu a caracterização da amostra nos seguintes domínios: origem do pedido; motivo do encaminhamento; simultaneidade entre diferentes tipos de maus-tratos. No caso específico da suspeita/abuso sexual, foi caracterizado o abusador, a tipologia da família, origem da família, ocorrência de consumo de substâncias, doença mental na família e projecto de vida da criança. Para análise dos resultados recorreu-se à estatística descritiva.

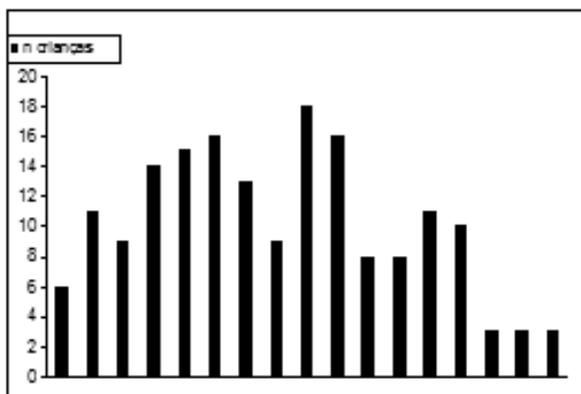
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O total de processos consultados representa na população de 15864 utentes inscritos dos 0 aos 19 anos de idade, um total de 3,5% de crianças e jovens sinalizados e/ou acompanhados nos projectos de Saúde Mental, IPI e Maus-Tratos. Os 173 processos seleccionados, com situações de maus-tratos, constituíram o alvo principal do nosso estudo e representam 35% do total das crianças seguidas pelos 3 projectos.

A ocorrência de maus-tratos verifica-se em simultâneo com 21 casos da IPI (12,2% do total) e 79 casos do GASMI (45,6%). Os maiores picos de incidência de maus-tratos são observados na faixa etária dos 8/9 anos de idade, seguido dos 3/5 anos e em terceiro lugar, a faixa dos 12/13 anos de idade (ver Quadro 1).

Quadro 1

Distribuição dos maus-tratos por idades

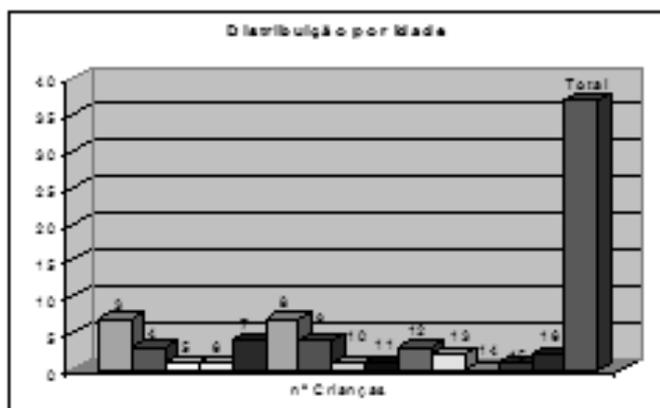


Quanto à caracterização das diferentes tipologias de maus-tratos, os maus-tratos psicológicos surgem com a mais elevada percentagem (96%), com a ressalva feita anteriormente, de que estes estão sempre presentes nos outros tipos de maus-tratos. A seguir, a negligência aparece em 81,5% dos casos, seguida dos maus-tratos físicos, com 37,6% e abuso sexual em 21,4% dos casos. A violência doméstica representa 60,7% da amostra, o que ilustra a disfuncionalidade das famílias onde estas crianças se inserem.

Após a apresentação dos dados gerais referentes aos maus-tratos, debruçámo-nos sobre os casos de suspeita/abuso sexual. No que respeita ao género sexual, a proporção é de 65% para o sexo feminino para 35% do sexo masculino. As faixas etárias onde se verificou um maior número de casos foram a faixa dos 3 anos de idade, seguida dos 8 e dos 7 anos, respectivamente (ver Quadro 2).

Quadro 2

Distribuição dos casos de abuso sexual por idade

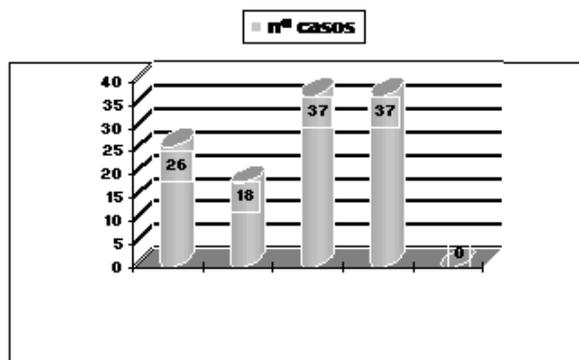


Da associação entre os outros tipos de maus-tratos com o abuso sexual, e a seguir aos maus-tratos psicológicos presentes em todos os casos e avaliado com base no sofrimento psicológico evidenciado nas crianças, a negligência é o tipo de maus-tratos que mais apareceu associada ao abuso, presente em 26 dos 37 casos estudados (ver Quadro 3).

As principais fontes de encaminhamento para o Núcleo são a enfermeira de pediatria, (que é o elemento que representa o Centro de Saúde na Comissão Restrita da CPCJ), a CPCJ e a própria família (ver Quadro 4).

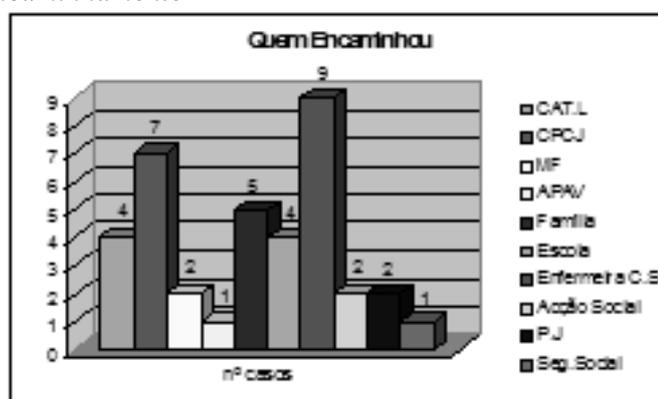
Quadro 3

Associação entre os tipos de maus-tratos



Quadro 4

Fontes de encaminhamento



Um aspecto importante a salientar é o motivo do encaminhamento, conforme Quadro 5. O abuso (ou suspeita) aparece em 3º lugar, geralmente encoberto sobre uma queixa de alteração de comportamento (mais observável nas crianças em idade escolar) e perturbação/atraso de desenvolvimento (observado nas crianças mais jovens).

No que respeita ao abusador (ver Quadro 6), os dados recolhidos confirmam o referido na literatura, pois o abusador foi sempre alguém conhecido da criança, principalmente em contexto intrafamiliar (pai, mãe, padrasto, tio, avô) em 82% dos casos, com apenas 18% situados em contexto extrafamiliar (vizinhos, pares), tal como refere Magalhães (2004). Não foi encontrada, na nossa amostra, nenhuma situação de abuso perpetrada por desconhecidos da criança.

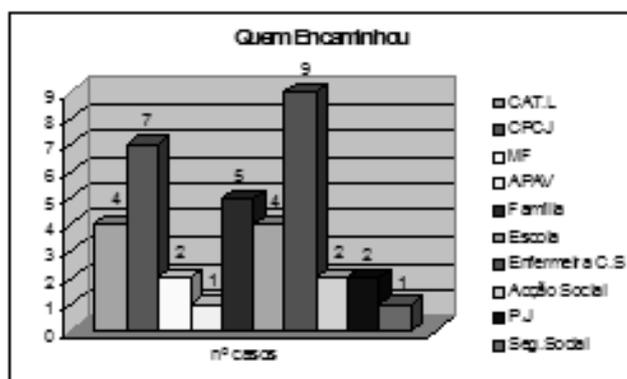
Quadro 5

Motivo do encaminhamento

Motivo	Total	%
Alteração de Comportamento	12	32,4
Dificuldade Relacional	2	5,4
Agitação Psicomotora	2	5,4
Perturbação de Desenvolvimento	11	29,7
Carência Afectiva	1	2,7
Ansiedade	4	10,8
Negligência	1	2,7
Auto-mutilação	1	2,7
Comportamento Sexualizado	1	2,7
Suspeita de Abuso	10	27,0

Quadro 6

Abusador



Em relação aos tipos de família e conforme o descrito no Quadro 7, os 2 tipos de família mais encontrados foram as famílias alargadas (40,5%) e as famílias nucleares (32,4%), com pouca expressão de famílias deslocadas de outros locais (quer migrantes externos ou internos), pois 83,78% das famílias são locais.

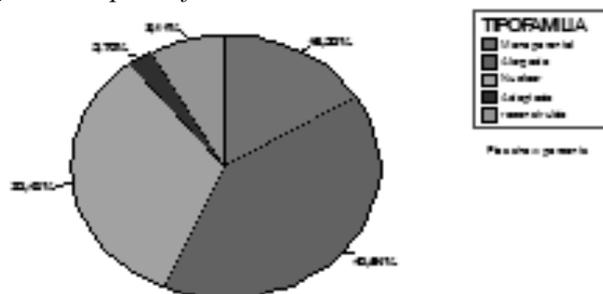
Quanto ao consumo de substâncias, o alcoolismo parece ser um problema de relevância, com consumos observados no pai, mãe e em ambos, em quase metade da amostra (49%), assim como a doença mental, presente em 46%. A toxic dependência não apresentou valores significativos.

Existe ainda um aspecto que despertou a nossa atenção, no sentido de realizar uma abordagem posterior, onde se possam estudar a existência de correlações entre os factores envolvidos nos maus-tratos e detectados na nossa amostra, e que dizem respeito ao estudo da associação entre doença mental e alcoo-

lismo nos progenitores, pois a literatura pesquisada refere esta associação como um factor de risco para os maus-tratos. Quanto ao nível sócio-económico, o índice destas famílias é baixo, situando-se, em 70% dos casos, nos níveis IV e V da Escala de Graffar.

Quadro 7

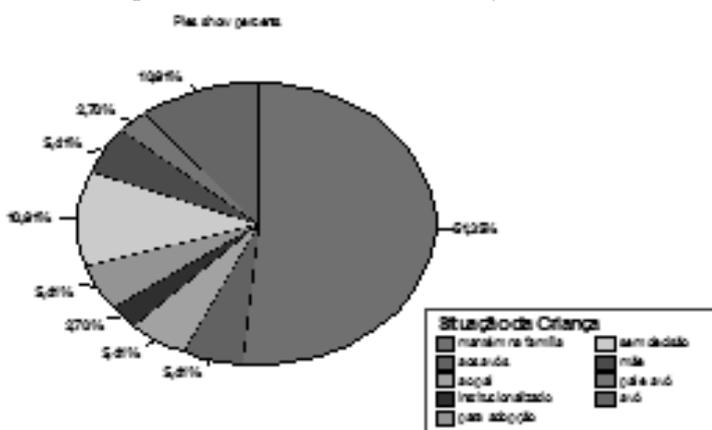
Distribuição segundo o tipo de família



O projecto de vida das crianças foi outro factor a ser analisado (Quadro 8). Em 51,35% dos casos, a criança manteve-se na família nuclear, 10% foram entregues à avó e 10% permanecem sem decisão. O encaminhamento para adopção e institucionalização é baixo. Coloca-se assim, a questão: será que o projecto de vida definido é o mais adequado, ou é o possível, mediante a falta de respostas da comunidade?

Quadro 8

Projecto de vida em que se encontram as crianças/jovens



REFLEXÕES FINAIS

Após aprofundarmos o nosso conhecimento em relação a população com que trabalhamos diariamente, sentimos a necessidade de um momento de reflexão, devido às muitas questões que surgiram ao longo deste trabalho:

- As equipas do Centro de Saúde de Loulé têm uma forte tradição de trabalho com a comunidade. Como (re)organizá-lo, a fim de detectar o mais precocemente possível as famílias de maior risco?
- Como reforçar as parcerias institucionais?
- Como enquadrar as responsabilidades de detecção, diagnóstico e prevenção, neste momento de reestruturação dos Cuidados Primários de Saúde?
- Com o elevado crescimento populacional observado no nosso concelho, quais as alternativas para o aumento da demanda em termos de apoio às crianças e famílias?
- É imprescindível uma maior formação dos técnicos que trabalham no terreno, para proporcionar maiores competências nesta área, para assegurar intervenções atempadas, correctas e adequadas.
- As chamadas intervenções “à bombeiro”, feitas em situações de urgência, que depois se revestem de escassez de condições para um acompanhamento contínuo, penalizam a qualidade e os resultados que se pretendem assegurar. O investimento feito no acompanhamento e intervenção terapêutica destas crianças e famílias tem que ser uma realidade contínua, persistente e efectiva.

BIBLIOGRAFIA

- Canha, J. (2003). *Criança maltratada*. Coimbra: Quarteto. (2ed)
- Fávero, M. F. (2003). *Sexualidade Infantil e abusos sexuais a menores*. Lisboa: Climepsi.
- Ginzburg, K., Arnow, B., Hart, S., Gardner, W., Koopman, C., Classen, C. C., Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2006). The abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30, 929-943.
- Magalhães, T. (2004). *Maus-Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Malchiodi, C. A. (1997). *Breaking the silence. Art therapy with children from violent homes*. New York: Brunner-Routledge.
- Speight, N. (2006). Child abuse. *Current Pediatrics*, 16, 100-105.

ABSTRACT

This article relates to an exploratory study, and has two different parts: in the first part, we present global data related to child abuse (maltreatment), followed by a second part, in which we present specific data about sexual abuse. The sample consisted of 173 subjects, which reside in Loulé with ages between 0 and 16 years. All of these subjects were inscripted at the Health Center of Loulé. Among all the subjects, 21,4% suffered sexual abuse. There is a higher incidence among the female gender associated with neglect. It was found subjects were most vulnerable at ages 3, 7 and 8 years. The abuser was always someone known to the child, with 82% of intrafamiliar abuse. Alcoholism, mental illness and domestic violence assumed significant values within the sample.

Key-words: Alcoholism. Child maltreatment. Domestic violence. Mental illness. Sexual abuse.