

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 28

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Fernando Santos

Filipa Ferreira

Mónica Salgado

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

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

Padrões de vinculação pré-natal

– Contributos para a adaptação da *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal

Ana Paula Forte Camarneiro & João M. Rosado de Miranda Justo p. 7

(Des)diagnosticar o autismo

– Reflexões sobre o diagnóstico de perturbações da relação e da comunicação (a propósito de um caso clínico)

Bárbara Romão & Pedro Caldeira da Silva p. 23

Representação de si na adolescência e comportamento de risco

– Estudo exploratório de uma grelha de representação de si na fotolingagem

Joana Gonçalves & Rui Oliveira p. 37

Vinculação e mecanismos de defesa em jovens adultos

Lisa Roque, António J. Santos, & Manuela Veríssimo p. 45

A propósito de doença bipolar

– Um caso clínico

M. Crujo & C. Cordovil p. 67

O papel do SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) como medida de avaliação psicométrica em psiquiatria da infância e adolescência

Maria Moura, Ricardo Encarnação, & Fátima Gomes p. 77

Avaliação das atitudes relativas à maternidade: Adaptação do

Childbearing Attitudes Questionnaire

Sónia Bárcia & Manuela Veríssimo p. 89

Normas de Publicação p. 109

Foi eleita em Dezembro passado a nova Direcção da nossa Associação (APPIA), que ficou assim constituída:

Presidente – *Dr. Augusto Carreira* (Lisboa)

Secretária – *Dra. Carla Pinho* (Coimbra)

Tesoureira – *Dra. Paula Barrias* (Porto)

A Comissão Redactorial e eu própria desejamos-lhes um bom trabalho para o próximo biénio.

A nossa Revista congratula-se com o facto do Presidente da Associação ser um dos membros da Comissão Redactorial e co-fundador da Revista Portuguesa de edopsiquiatria (RPP). É para nós motivo de grande satisfação e orgulho.

Gostaria também de dar notícia, que a composição da Comissão Redactorial foi alterada. Saíram, a seu pedido e por motivos pessoais, as *Dras. Cristina Marques, Maria Antónia Silva, Goretti Dias e Luísa Veiga*. Desde já fica o nosso agradecimento pelo trabalho, por elas desenvolvido, ao longo destes anos, muitas das vezes despendido com esforço e abnegação.

Actualmente a Comissão Redactorial é composta da seguinte maneira:

Dr. Augusto Carreira que a nosso pedido continua a colaborar neste trabalho

Dr. Fernando Santos

Dra. Filipa Ferreira

Dra. Mónica Salgado

Dra. Neide Urbano

Dr. Pedro Pires

Dra. Raquel Quelhas de Lima

Dra. Sara Pedroso

De salientar, que *este grupo conta agora com três internas de Pedopsiquiatria*. Queremos que a nossa Revista seja dinâmica, jovem e sempre um bom documento de estudo para todos nós, profissionais de Saúde Mental Infantil e Juvenil.

PADRÕES DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal

Ana Paula Forte Camarneiro *

João Manuel Rosado de Miranda Justo **

RESUMO

A vinculação pré-natal (VPN) é o laço emocional que normalmente se estabelece entre os pais e o bebé antes de nascer. Os instrumentos criados para a sua avaliação têm permitido grande desenvolvimento do conhecimento nesta área.

Os objectivos do estudo foram: adaptar para português a Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS) (Condon, 1993), em casais da Região Centro, e avaliar e caracterizar a vinculação dos progenitores ao feto.

Os resultados mostram que cada subescala tem um resultado total e duas dimensões: qualidade da vinculação e intensidade da preocupação, ou tempo dispendido no modo de vinculação. Apresenta boa consistência interna. No estudo de validade, os itens organizam-se, nas dimensões, de forma diferente do original, mantendo-se a obtenção de quatro padrões de vinculação pré-natal. A vinculação pré-natal, materna e paterna, correlaciona-se positiva e significativamente; 41,51% das mulheres e 37,74% dos homens estão forte e saudavelmente vinculados ao feto; A vinculação pré-natal global não se relaciona com a idade materna, mas a qualidade da vinculação é tanto mais elevada quanto mais novas são as mães. Os pais, quanto mais novos, mais vinculados estão ao feto, quer globalmente, quer em qualidade e em intensidade. O nº de filhos não influencia a

* Doutoranda em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Professora de Psicologia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

** Doutor em Psicologia, Professor na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

vinculação pré-natal materna. Os homens que vão ser pais pela primeira vez apresentam níveis mais elevados de vinculação pré-natal global e de intensidade de preocupação, mas não de qualidade da vinculação. Planear a gravidez é importante, tanto na mulher como no homem, para o incremento da vinculação pré-natal e da qualidade da vinculação. A profissão e a escolaridade não influenciam o nível de vinculação pré-natal materna ou paterna.

Concluimos que é importante estudar a relação da vinculação pré-natal com outras variáveis psicológicas que possam explicar os resultados encontrados e que permitam encontrar pistas para intervenção na promoção da vinculação antes do nascimento.

Palavras-chave: Escala de vinculação pré-natal. Vinculação. Vinculação pré-natal.

INTRODUÇÃO

Na actualidade, realizam-se por todo o mundo investigações no domínio da vinculação dos pais com o filho antes de nascer – vinculação pré-natal, reforçando a perspectiva que o vínculo entre pais e bebé começa e desenvolve-se durante a gravidez e que o feto tem competências para a interacção desde cedo. Os pais elaboram, neste período, a interiorização precoce do feto (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, & Nicolini, 2005), e incorporam-no dentro da família (Wilson, White, Cobb, Curry, Greene, & Popovich, 2000).

A ideia de ligação entre a mãe e o bebé no período da gravidez remonta aos anos 40 e seguintes, com teóricos como Hélène Deutsch, em 1945, Winnicott, em 1958, Bibring, Benedek, ambas em 1959 (Condon 1993; Siddiqui & Hagglof, 1999) e Rubin em 1975. Na década de 70, Lumley em 1972 e Leifer (1977) iniciaram a investigação nesta área, embora com algumas fragilidades metodológicas. Foi em 1981 que Cranley criou a primeira escala de mensuração para o conceito, a *Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)*, definido como “os comportamentos da mulher que representam ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer”.

Ao considerar insuficiente a avaliação da manifestação comportamental face ao bebé antes do nascimento, Muller, em 1993 conceptualizou a vinculação pré-natal como a relação afectiva única que se desenvolve entre a mulher e o feto, que necessita de todo o tempo de gestação e ocorre de forma progressiva, aumentando com o evoluir da gravidez. Construiu o *Prenatal Attachment Inventory (PAI)* para avaliar o constructo, e este tem-se mostrado um bom instrumento para certificar as ligações afectivas entre as grávidas e os fetos (Gau

& Lee, 2003; Muller, 1993; Siddiqui & Hagglof, 1999; Siddiqui, Hagglof, & Eisemann, 2000).

Condon (1993), psiquiatra australiano, aplicou à vinculação pré-natal o modelo de vinculação que criou para o adulto e referiu-se ao laço emocional que normalmente se estabelece entre os pais e o seu bebé antes de nascer, consolidando uma nova ideia na teoria da vinculação. Construiu a *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS)*, que traduzimos por “Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna”, que permite avaliar a vinculação de cada progenitor ao feto. É constituída por duas subescalas, cada uma com um resultado global e duas dimensões – a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação.

Com Condon (1993) passamos a dispor de uma versão para mães e de outra para pais para avaliar a vinculação pré-natal, o que já vinha acontecendo nas últimas décadas com a adaptação de escalas criadas para a mulher, nomeadamente, a *Maternal Fetal Attachment Scale* (Weaver & Cranley, 1983). Estudos de investigação têm mostrado que a vinculação pré-natal materna tem raízes nas experiências de vinculação da infância (Siddiqui, Hagglof, & Eisemann, 2000); que mulheres com padrão de vinculação segura estavam fortemente vinculadas ao feto no início da gravidez; que mulheres com estilo de vinculação insegura mostraram fraca vinculação com o feto no primeiro e no último trimestre e forte no segundo trimestre; e que mulheres com estilo de vinculação ansiosa-ambivalente apresentaram um gradual incremento da vinculação durante a gravidez (Mikulincer & Florian, 1999). Com o nascimento há apenas uma mudança qualitativa na relação da mãe com o bebé, iniciada na gravidez (Cranley, 1981; Katz-Rothman, 1993).

Embora o conceito de vinculação pré-natal tenha a sua génese na teoria da vinculação de Bowlby (1988), tem sido alvo de controvérsias, dado a impossibilidade de se observar directamente o feto em interacções específicas com a mãe e com o pai. Assim, “a vinculação pré e pós nascimento pode requerer ligeira diferença conceptual na sua estrutura” (Laxton-Kane & Slade, 2002), obrigando a concepções metodológicas próprias. Segundo os autores, a vinculação pré-natal deve centrar-se na observação da qualidade da ligação materno-fetal e paterno-fetal e do tempo dispendido no modo de vinculação, ou intensidade da preocupação, dimensões sugeridas por Condon (1993). Estas fazem parte de um todo relacional, íntimo e profundo, da experiência emocional e da manifestação comportamental de cada progenitor face ao feto.

É a partir desta ideia que apresentamos a adaptação para português da *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS)* (Condon, 1993) e os padrões de vinculação pré-natal encontrados a partir do cruzamento das duas

dimensões das subescalas materna e paterna. Relacionamos esta variável com outras variáveis sócio-demográficas e obstétricas dos progenitores, afim de conhecer factores que a influenciem ou que com ela estejam relacionados.

OBJECTIVOS

Foi realizado um estudo descritivo e correlacional, com os seguintes objetivos: Adaptar a *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS)* (Condon, 1993) para a população portuguesa; Caracterizar, avaliar e comparar a vinculação pré-natal materno-fetal e paterno-fetal em casais, no 2º trimestre de gravidez; Identificar a influência de factores de natureza sócio-demográfica e obstétrica (idade, escolaridade, profissão, nº de filhos e planeamento da gravidez) na vinculação pré-natal.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostra

A amostra é constituída por 212 casais que se encontram no 2º trimestre de gravidez e frequentam consultas de vigilância pré-natal em centros de saúde e maternidade (68,3%), ou apenas em maternidades (31,7%), na Região Centro do País. Inclui os distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria, Viseu e Castelo Branco. Foram critérios de inclusão o casal co-habitar, no mínimo, desde a concepção e encontrar-se no 2º trimestre de gestação. Os critérios de exclusão foram a existência de patologia major, psicológica ou física, da gravidez; ter menos de 18 anos e não saber ler o suficiente para preencher o questionário. É uma amostra não probabilística, consecutiva.

Foram incluídas no estudo primíparas e múltíparas. Cada um dos pais preencheu o seu questionário, depois de obtido o consentimento informado, tendo-o feito presencialmente, ou no domicílio com envio posterior pelo correio.

Caracterização da amostra

Os casais são casados em 76,9% dos casos e os restantes vivem em união de facto; A média de idade dos casais é de 30,4 anos (mulheres 29,5 anos; intervalo: 18 a 39; homens 31,7 anos; intervalo: 18 a 53); Gravidez no 2º trimestre (média=21 semanas; intervalo: 17 a 25). Profissionalmente (segundo a classificação de Graffar), 34,9% das mulheres e 66,5% dos homens situam-se no nível

3, seguidos de 24,1% de mulheres e 14,2% dos homens com ocupações no nível 1; no nível 5 são 20,8% das mulheres e 0,9% dos homens. Nos níveis 2 e 4 encontram-se, respectivamente, 2,8% e 16,5% das mulheres e 7,5% e 7,1% dos homens.

Quanto à escolaridade, 34,0% das mulheres têm o ensino secundário completo e 27,8% não o completaram, seguidas de 25,9% com ensino superior completo e 11,8% com a instrução primária completa; Nos homens, 36,3% não completaram o ensino secundário; 27,4% têm a instrução primária completa; 21,2% completaram o ensino secundário e 11,3% concluíram o ensino superior. 52,5% das mulheres são primigestas; 61,8% dos casais não têm filhos, 34,0% têm 1 filho e 4,2% têm dois ou mais filhos; Planearam a gravidez 74,1% das mulheres e 73,6% dos homens.

Instrumento de recolha de dados

Foi aplicada a *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS)* que avalia a “vinculação pré-natal” de cada progenitor ao seu bebé (feto).

A *escala original* tem duas subescalas, uma materna com 19 itens e outra paterna com 16 itens que focam, especificamente, os sentimentos, atitudes e comportamentos perante o feto, *de per si*. Cada versão tem um resultado total e duas dimensões:

- 1) Qualidade da Vinculação (representando a qualidade das experiências afectivas, incluindo sentimentos de proximidade, ternura, prazer), por exemplo na subescala materna: *Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido: muito positivos/.../muito negativos. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são: muito tristes/.../muito felizes. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido: emocionalmente muito distante do meu bebé/.../emocionalmente muito próxima do meu bebé.*
- 2) Intensidade da Preocupação ou Tempo dispendido no Modo de Vinculação (preocupação com o feto, tempo passado a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre ele e sentimentos que acompanham essas experiências). Por exemplo, na subescala materna: *Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha: nem por isso/.../quase sempre quando estou sozinha. Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta: de forma alguma/.../sempre que comia.*

Cada item pontua numa escala tipo Likert, entre 1 (mínimo) e 5 (máximo), sendo, portanto, necessário em muitos casos proceder à sua inversão. Demora cerca de 5 minutos a preencher. Na escala original, a subescala materna tem um item (7) que não entra nas dimensões e na subescala paterna o mesmo acontece com dois itens (6 e 13).

A *adaptação da escala à população portuguesa* teve início com o pedido ao autor, seguida da sua tradução através do método de retro-tradução, ou método inverso, uma vez que o nosso objectivo foi o de manter a escala tão próxima do original quanto possível. A comparação atingiu um elevado grau de satisfação (Pais-Ribeiro, 1997). A escala foi designada por “Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna”.

Depois do estudo de fiabilidade, através da análise da consistência interna, retiramos dois itens à subescala materna (16 e 19), que ficou com um total de 17 itens, e um item à subescala paterna (16) cuja versão final ficou com 15 itens. A análise factorial mostrou que os itens nas duas dimensões se agrupam de forma diferente da original, o que foi por nós aceite dadas as diferenças culturais entre países e, também, porque os pressupostos que caracterizam cada dimensão se mantêm.

Neste estudo, foi ainda utilizado um questionário sócio-demográfico para mulheres e homens e um questionário obstétrico e ginecológico para mulheres, construído para o efeito, que permitiu caracterizar a amostra e estudar a associação entre variáveis tal como previsto nos objectivos. A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Setembro de 2008.

RESULTADOS

Fiabilidade da escala: Análise da Consistência Interna

A análise da consistência interna da versão portuguesa mostrou que os itens 16 e 19 da subescala materna e o item 16 da subescala paterna deveriam ser retirados por apresentarem correlações item-total corrigido muito baixas, conforme Quadro 1. Apesar dos itens 10 e 12 da subescala materna terem também valores baixos, a sua retirada baixaria a consistência interna da escala. Assim, esta ficou com 17 itens e alfa de Chronbach de 0,744 (0,82 na versão original) e a subescala paterna com 15 itens e alfa de Chronbach de 0,812 (0,83 na versão original).

Quadro 1

Resultados da análise de consistência interna das subescalas materna e paterna da Escala de Vinculação Pré-Natal

Itens da subescala materna	Correlação item – total corrigido	Alpha de Cronbach se o item for apagado	Itens da subescala paterna	Correlação item – total corrigido	Alpha de Cronbach se o item for apagado
Item 1	,264	,735	Item 1	,468	,793
Item 2	,517	,714	Item 2	,504	,792
Item 3	,464	,719	Item 3	,524	,793
Item 4	,393	,723	Item 4	,477	,792
Item 5	,462	,714	Item 5	,534	,787
Item 6	,289	,732	Item 6	,301	,804
Item 7	,315	,731	Item 7	,437	,799
Item 8	,456	,716	Item 8	,351	,804
Item 9	,437	,727	Item 9	,530	,794
Item 10	,190	,745	Item 10	,432	,798
Item 11	,441	,723	Item 11	,576	,788
Item 12	,183	,739	Item 12	,499	,801
Item 13	,544	,714	Item 13	,346	,802
Item 14	,234	,738	Item 14	,396	,800
Item 15	,252	,737	Item 15	,424	,796
Item 16	,084	,743	Item 16	,138	,812
Item 17	,249	,746			
Item 18	,359	,728			
Item 19	,102	,742			
Alpha	19 itens	,741	Alpha	16 itens	,808
Alpha	17 itens	,744	Alpha	15 itens	,812

Validade da escala: Análise factorial

Foi efectuada a Análise Factorial de Componentes Principais, seguida de rotação Varimax, com a definição prévia de dois factores, tal como preconizado pelo autor na versão original. Pela mesma razão não foram aceites *loadings* abaixo de 0,35.

Os valores de KMO de 0,768 e de 0,854, respectivamente, nas subescalas materna e paterna e a significância no teste de *Bartlett* ($p=0,0001$, para ambas) permitiram utilizar o modelo. Na subescala materna os factores explicam 32,721% da variância (19,170% o 1º factor e 13,552% o 2º). Na subescala paterna, explicam 41,250% da variância (21,784% o 1º factor e 19,466% o 2º). Após a rotação varimax encontraram-se os itens para cada factor ou dimensão, como se pode observar no Quadro 2. Omitiram-se *loadings* abaixo de 0,40 por não serem considerados. Nesta análise, retiraram-se os itens 14 e 15 da subescala materna, pois alteravam bastante a organização bifactorial da escala, agrupando-se num terceiro factor não previsto pelo autor.

Na subescala materna, o 1º factor ou 1ª dimensão – Qualidade da Vinculação (QV), tem 8 Itens: 2,3,6,7,9,11,12,13; alpha de cronbach=0,732; o

2º Factor ou 2ª dimensão – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de Vinculação (IP), tem 7 Itens: 1,4,5,8,10,17; alpha de cronbach=0,601.

Na subescala paterna, o 1º factor ou dimensão – Qualidade da Vinculação (QV), tem 9 Itens: 2,3,6,7,8,9,11,12,13; alpha de cronbach 0,729; o 2º Factor ou dimensão – Intensidade da Preocupação ou tempo dispendido no modo de Vinculação (IP), tem 6 Itens 1,4,5,10,14,15; alpha de cronbach 0,693.

Quadro 2

Factores extraídos pela Rotação Varimax com Normalização Kaiser, nas subescalas materna e paterna da escala de vinculação pré-natal

Itens da subescala materna	Factor 1	Factor 2	Itens da subescala paterna	Factor 1	Factor 2
Item 1		,488	Item 1		,696
Item 2	,594		Item 2	,390	,485
Item 3	,630		Item 3	,692	
Item 4	,493	,461	Item 4		,578
Item 5		,714	Item 5		,658
Item 6	,318		Item 6	,538	
Item 7	,483		Item 7	,722	
Item 8		,460	Item 8	,462	
Item 9	,694		Item 9	,665	
Item 10		,353	Item 10		,633
Item 11	,699		Item 11	,451	,517
Item 12	,242		Item 12	,734	
Item 13	,587		Item 13	,377	
Item 17		,656	Item 14		,634
Item 18		,551	Item 15	,402	,352

Encontrados os itens para cada dimensão, realizou-se a estatística descritiva da escala cujos valores se apresentam no Quadro 3. A sua leitura deve ter em conta o número de itens quer da escala global quer em cada dimensão.

Quadro 3

Estatística descritiva da escala de vinculação pré-natal materna e paterna

Escala de Vinculação Pré-Natal	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Subescala Materna					
Dimensão 1 (QV) – 8 itens	212	28,00	40,00	36,87	2,79
Dimensão 2 (IP) – 7 itens	212	15,00	35,00	25,80	3,80
Global – 17 itens	212	54,00	84,00	71,63	6,13
Subescala Paterna					
Dimensão 1 (QV) – 9 itens	212	25,00	45,00	39,43	4,07
Dimensão 2 (IP) – 6 itens	212	7,00	30,00	19,53	4,37
Global – 15 itens	212	35,00	74,00	58,96	7,48

A vinculação pré-natal materna e paterna correlacionam-se positiva e significativamente ($p < 0,005$) na escala total e nas dimensões; A presença de dois factores mostra que a qualidade da vinculação tende a ser independente da intensidade da preocupação (ou tempo dispendido no modo de vinculação), embora estatisticamente correlacionadas. Assim, a partir da análise das dimensões e do seu cruzamento, pelo valor da mediana, foi possível definir quatro padrões, ou estilos, de vinculação pré-natal, materna e paterna, de acordo com o quadrante em que o progenitor se situa, dos quatro possíveis (Condon, 1993). A Figura 1 mostra-o.

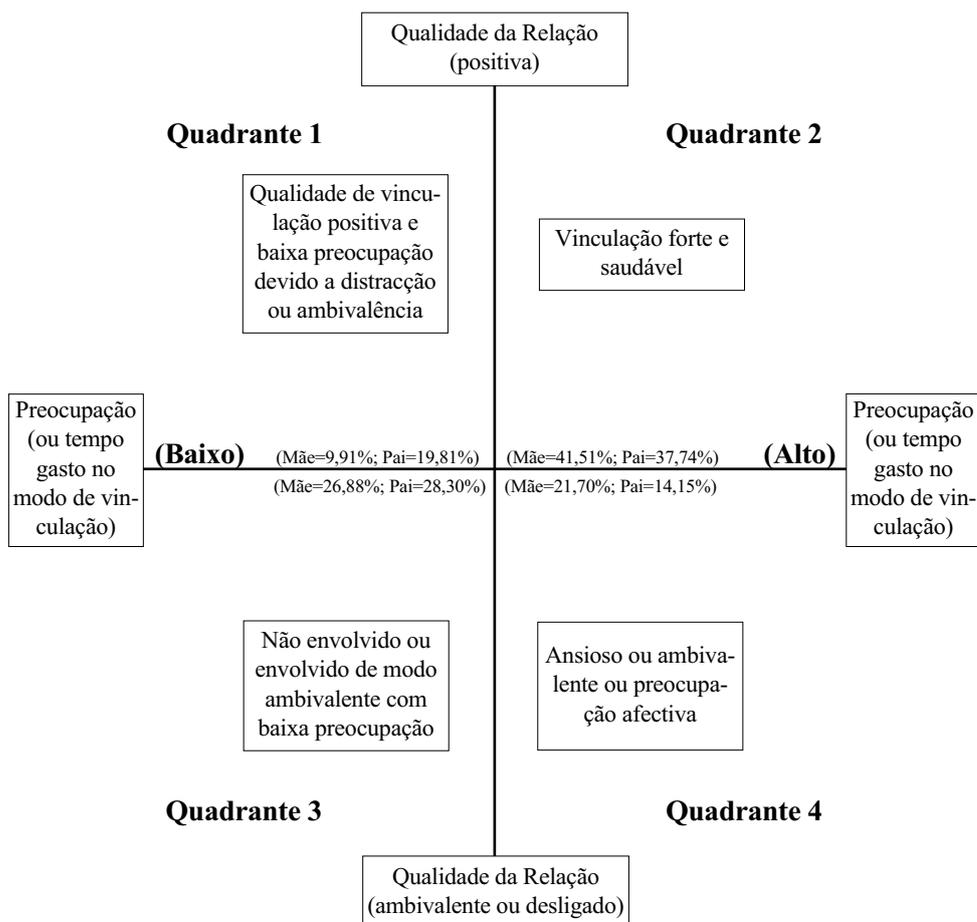


Figura 1. Padrões de vinculação pré-natal obtidos a partir do cruzamento das dimensões da escala de vinculação pré-natal e resultados percentuais maternos e paternos

Padrões, ou estilos, de vinculação pré-natal (Condon, 1993):

- *Vinculação forte ou saudável* (Quadrante 1): pais muito preocupados com o feto e cuja intensidade da preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebê, etc. (41.51% mães; 37,74% pais).
- *Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência* (Quadrante 2): pais com vinculação afectiva positiva semelhante aos do quadrante 1 mas, apesar disso, dispensam menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação. As múltiparas podem estar bastante representadas neste quadrante porque têm menos tempo para estas experiências. As mulheres para quem estas experiências muito intensas as podem fazer sentir-se sufocadas (pelo medo de perder o bebê), podem também estar neste quadrante (9.91% mães; 19.81% pais).
- *Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação* (Quadrante 3): pais que gastam pouco tempo a pensar no feto ou que experimentam poucos afectos positivos associados à vinculação. São muito desligados e interessam-se pouco pelo feto ou têm sentimentos ambivalentes sentindo que este os sufoca, portanto a sua existência tem que ser suprimida ou banida (26,88% mães; 28,30% pais).
- *Ansioso, ambivalente ou baixa preocupação* (Quadrante 4): Pais preocupados com o feto mas com baixa afectividade e acompanhada de ambivalência. São desprovidos de afectos de prazer ou de antecipação positiva. Possivelmente, um desinteresse intelectual pelo feto caracteriza este grupo. Em alternativa podem aparecer sentimentos ambivalentes ou preocupação ansiosa (21,70% mães; 14,15% pais).

A relação da vinculação pré-natal, materna e paterna, com as variáveis sócio-demográficas e obstétricas, a partir da análise inferencial, permitiu encontrar os seguintes resultados:

Quanto à idade materna, esta não está correlacionada com a vinculação pré-natal materna global, nem com a intensidade da preocupação ($p=n.s.$), mas correlaciona-se inversa e significativamente com a qualidade da vinculação ($r=-0,155$; $p=0,024$). A idade do pai correlaciona-se negativa e significativamente com a vinculação pré-natal global ($r=-0,177$; $p=0,01$), com a qualidade da vinculação ($r=-0,178$; $p=0,01$) e com a intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação ($r=-0,137$; $p=0,047$).

Na mulher, o nº de filhos não influencia a vinculação pré-natal. No homem, há diferenças significativas entre ter e não ter filhos, na vinculação pré-natal global ($t=2,329$; $p=0,021$) e na intensidade da preocupação ($t=3,006$; $p=0,003$). A qualida-

de da vinculação paterna não sofre a influência do nº de filhos ($p=n.s.$); Não foi aplicado o teste ANOVA por ter sido necessário proceder ao agrupamento de casos.

O planeamento da gravidez influencia significativamente a vinculação pré-natal materna global ($t=2,766$; $p=0,006$) e paterna global ($t=2,743$; $p=0,007$) e há mais qualidade de vinculação materna ($t=2,843$; $p=0,005$) e paterna ($t=3,098$; $p=0,002$) quando a gravidez é planeada. A intensidade da preocupação não difere face ao planeamento da gravidez ($p=n.s.$) quer no homem quer na mulher.

As profissões desempenhadas pelo homem e pela mulher e o grau de escolaridade não influenciam a vinculação pré-natal materna e paterna (teste ANOVA; $p=n.s.$).

DISCUSSÃO

A “Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna” mostrou ser um instrumento adequado à avaliação do conceito, quer pelos resultados psicométricos apresentados, a fiabilidade e a validade, quer pelo conteúdo da mesma. Os resultados continuam a confirmar que a ligação pais-filhos começa muito antes do nascimento, tal como se vem mostrando nas últimas décadas.

Na versão em estudo, foi necessário retirar dois itens da subescala materna e um item da subescala paterna. Os itens 19 e 16 das subescalas materna e paterna, respectivamente, perguntam que sentimentos teriam (cada progenitor) face à perda do bebé durante a gravidez, sem lesão da mulher. Estes itens não se associaram, de forma suficiente, na versão portuguesa. O mesmo aconteceu com o item 16 da subescala materna. Nesta versão, os itens nas duas dimensões das subescalas associaram-se de forma diferente da versão original, tendo-se observado a “migração” de alguns itens entre dimensões, assim como a inclusão ou exclusão de outros itens. No entanto, mantêm-se duas dimensões, tal como na versão original, explicativas de mais de 30% da variância no caso materno e de mais de 40% no caso paterno.

Na subescala materna, primeira dimensão, agrupam-se os itens que correspondem à forma como a grávida se relaciona afectivamente com o feto, a proximidade, o carinho, o sonho, imaginar o bebé como pessoa pequenina com características especiais, para além da interacção através do toque e da fala. Representam a “*maternage*” e, portanto, a qualidade da vinculação materna. Na segunda dimensão, os itens associaram-se em torno das acções da grávida para o bem-estar do feto. Designamo-los por intensidade da preocupação ou tempo dispendido no modo de vinculação, tal como o autor.

Na subescala paterna ocorreu algo semelhante à subescala materna, no que se refere à associação dos itens nas dimensões. Na primeira dimensão, qualidade da vinculação, agrupam-se os itens que reflectem a ternura, o carinho, os afectos e a felicidade, a imagem do bebé como verdadeira pessoa pequenina, com características especiais e o desejo de lhe pegar imediatamente após o nascimento. Na segunda dimensão, intensidade da preocupação, encontramos o desejo de conhecer o desenvolvimento do bebé, de o sonhar e imaginar, agora e no futuro, a preocupação com o feto e a intensidade dos sentimentos e emoções associados.

A escala mostrou boa consistência interna global assim como na qualidade da vinculação materna e na intensidade da preocupação paterna. Na intensidade da preocupação materna e paterna, os alfas estão abaixo de 0,70, mas aqui os itens são em pequeno número, o que é aceitável (Pais-Ribeiro, 2007).

As diferenças encontradas face ao original, nomeadamente, na organização das duas dimensões, permite aprofundar o conhecimento de cada progenitor e corrobora o modelo da multidimensionalidade apresentado por Condon (1993). A psicomетria da escala vai continuar com o alargamento da amostra, não sendo esta uma versão final, mas um contributo para a adaptação à população portuguesa.

O processo vincutivo entre os pais e o bebé (feto) nem sempre se desenvolve no sentido da melhor intensidade da preocupação e qualidade da vinculação, havendo vicissitudes ao desenvolvimento interno de cada progenitor que inevitavelmente o condicionam. Assim, vinculação forte ou saudável ao feto encontra-se apenas em 41,5% das mães e 37,4% dos pais. Um estudo de Mikulincer e Florian (1999) argumentou que as experiências de vinculação das mulheres têm impacto na sua vinculação pré-natal. Usaram a entrevista de vinculação de adultos e a escala de vinculação materna-fetal e concluíram que mulheres seguramente vinculadas estavam fortemente vinculadas ao feto no início da gravidez; mulheres com um estilo de vinculação insegura mostraram fraca vinculação com o feto no primeiro e no último trimestre e vinculação forte no segundo trimestre; mulheres com estilo de vinculação ansiosa-ambivalente mostraram um gradual incremento da vinculação durante a gravidez. Estes estudos abrem pistas a novas investigações, no sentido da compreensão dos padrões não seguros de vinculação pré-natal.

A vinculação pré-natal, materna e paterna, relaciona-se positiva e significativamente, o que representa uma mudança ao nível das mentalidades da mãe, mas principalmente do pai. Estes resultados confirmam o aumento progressivo do envolvimento e participação do pai na gravidez, observado nas últimas décadas. Os casais procuram cada vez mais alcançar uma nova igualdade no envol-

vimento parental, sendo necessário que o pai estabeleça, o mais precocemente possível, relações directas e fortes com o seu filho.

Siddiqui e Hagglof (1999) sublinham que a relação que a mulher grávida tem com o seu companheiro tem um impacto muito importante no estabelecimento da vinculação pré-natal, referindo ainda que mulheres que apresentam relação positiva com os companheiros expressam maior vinculação ao bebé.

Não é vulgar o homem admitir abertamente que está no meio de uma profunda experiência emocional durante a gravidez, no entanto, a sua resposta não pode ser neutra porque as questões são demasiado amplas e significativas para serem ignoradas (Colman & Colman, 2002), o que vem de encontro aos resultados encontrados. Por outro lado, os profissionais de saúde estão cada vez mais empenhados no envolvimento de ambos os elementos do casal na gestação, nascimento e desenvolvimento da criança.

Relativamente à idade, no caso materno, a qualidade da vinculação é tanto maior quanto menor a idade materna. A vinculação pré-natal global e a intensidade da preocupação não são influenciadas pela idade materna. De certa forma, os resultados maternos estão de acordo com os autores (Laxton-Kane & Slade, 2002; Muller, 1993; Siddiqui & Hagglof, 1999) que referiram existir uma relação inversamente proporcional no que respeita à vinculação materno-fetal e idade materna. No caso paterno, a vinculação total, a intensidade da preocupação e qualidade da vinculação são tanto maiores quanto mais novos são os homens.

Neste estudo, a vinculação pré-natal não se relaciona com a profissão nem com o grau de instrução da mãe e do pai, ao contrário de Mendes (2002), que verificou uma tendência para que grávidas com menor instrução apresentassem pontuações de vinculação materno-fetal mais baixas. Condon e Esuvaranathan (1990) referiram que a profissão materna pode, potencialmente, influenciar a vinculação pré-natal.

Na mulher, o nº de filhos não influencia a vinculação pré-natal. O vínculo ao feto é a relação estabelecida com o novo ser, único e singular. Nos homens, o mesmo não acontece. No primeiro filho mostram maior vinculação pré-natal paterna e maior intensidade da preocupação mas a qualidade da vinculação não se altera. O homem procura ter a sua experiência da gravidez, quando já tem filhos, o novo bebé recebe menor vinculação paterna global, mas a mesma qualidade de vinculação.

Condon e Esuvaranathan (1990) indicaram uma forte tendência para os casais grávidos apresentarem níveis de vinculação mais elevados no primeiro filho. Também Siddiqui e Hagglof (1999) constatou que o número de gestações influencia a vinculação pré-natal. As primíparas expressaram maior vinculação

pré-natal, mostraram-se mais preocupadas com a gravidez e mais envolvidas emocionalmente com o feto, o que não se observa neste estudo, por parte da mulher. Mendes (2002), no estudo que realizou, sugeriu como principal factor para o decréscimo dos níveis de vinculação materno-fetal nas múltiparas, a diminuição do “efeito novidade”. Para Condon (1993) será falta de tempo para experiências de vinculação satisfatórias devido à existência de outros filhos.

O planeamento da gravidez influencia significativamente a vinculação materno-fetal e paterno-fetal e há maior qualidade de vinculação materna e paterna quando a gravidez é planeada. A intensidade da preocupação com o feto não varia conforme o planeamento. Laxton-Kane e Slade (2002) concluíram que numa gravidez não planeada, há grande probabilidade de o bebé não ser desejado, verificando-se maior evidência de níveis de vinculação mais baixos do que numa gravidez planeada.

CONCLUSÕES

A “Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna” mostrou ser uma boa medida dadas as suas características psicométricas. Foram encontradas diferenças importantes em relação à versão original, mas que permitiram manter os pressupostos da utilização da escala. Foram descritos quatro padrões de vinculação pré-natal e observou-se que 41,51% das mulheres e 37,74% dos homens experienciam vinculação forte e saudável ao feto. A idade dos progenitores, e o planeamento da gravidez influenciam a vinculação pré-natal materna e paterna. O número de filhos influencia a vinculação paterna, mas não a materna. A profissão e a escolaridade não influenciam a vinculação pré-natal.

Este campo de pesquisa está em aberto, uma vez que continuamos o estudo da vinculação pré-natal, agora em associação com outras variáveis psicológicas que se possam mostrar explicativas dos resultados encontrados e que permitam encontrar pistas para intervenção na promoção da vinculação entre pais e bebé antes do nascimento.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy development*. New York: Basic Books.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.

- Condon, J.T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first-and second-time expectant couples. *Br. J. Med. Psychol.*, *63*, 369-377.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *Br. J. Med. Psychol.*, *66*, 167-183.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs. Res.*, *30*, 281-284.
- Gau, M.L., & Lee, T.Y. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: A confirmatory factor analysis approach. *J. Nurs. Res.*, *11*(3), 177-187.
- Katz-Rothman, B. (1993). *The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood* (2nd ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J. Reproductive and Psychol.*, *20*(4), 253-266.
- Leifer, M. (1977). Psychological chances accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychol. Monographs*, *95*, 55-96.
- Mendes, I.M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy – The contribution of attachment style. *J. Soc. Clin. Psychol.*, *18*, 255-276.
- Muller, M.E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *West J. Nurs. Res.*, *15*(2), 199-215.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Righetti, P.L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *Br. J. Psychol.*, *96*(2)129-137.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nurs. J.*, *6*, 67-75.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *J. Reproductive and Infant Psychol.*, *18*(1), 67-74.
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *J. Reproductive and Infant Psychol.*, *17*(4), 369-380.
- Weaver, R.H., & Cranley, M.S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nurs. Res.*, *32*, 68-72.
- Wilson, M., White, M., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *J. Adv. Nurs.*, *31*(1), 204-210.

ABSTRACT

Prenatal attachment is the emotional bond normally established between parents and their unborn children. The instruments developed to measure prenatal attachment have contributed to a development of knowledge in this field.

The aim of this study was adapted into Portuguese, the Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS) (Condon, 1993), with couples from the centre region, and measure the attachment of the parents to the fetus.

The results show that each subscale has a total score and two dimensions: quality of attachment and intensity of preoccupation (or time spent in attachment mode). It showed a good internal consistency. In the study of validity, although the items are organized differently than the original instrument in both dimensions, the same four patterns of prenatal attachment are obtained. The maternal and paternal prenatal attachment correlate positively and significantly; 41.51% of women and 37.74% of men have a strong and healthy attachment to the fetus; the total prenatal attachment is not related to the mother's age, but the younger the mother, the higher is the quality of attachment. The younger are the fathers, the more overall attached they are to the fetus, both in quality and intensity. The no. of children does not influence maternal prenatal attachment. First-time fathers show higher levels of total prenatal attachment and intensity of preoccupation, but not quality of attachment. Pregnancy planning is important, both for women and men, to increase prenatal attachment and quality of attachment. Occupation and education do not influence the level of maternal or paternal prenatal attachment.

We concluded that it is important to study the relationship between prenatal attachment and other psychological variables which might explain these findings and contribute to find ways to intervene in the promotion of attachment before birth.

Key words: Attachment. Prenatal Attachment. Prenatal Attachment Scale.

“(DES)DIAGNOSTICAR O AUTISMO”

Reflexões sobre o diagnóstico de perturbações da relação e da comunicação (a propósito de um caso clínico) *

Bárbara Romão **

Pedro Caldeira da Silva ***

RESUMO

Na Unidade da Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia, são recebidos inúmeros pedidos de primeiras consultas cujo principal motivo é “suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo”.

Uma criança que dá sinais de não ter um desenvolvimento emocional adequado à idade e a ansiedade que frequentemente afecta os pais gera muitas vezes nos clínicos sentimentos de necessidade de dar uma rápida certeza diagnóstica.

O caso clínico descrito diz respeito a um rapaz de 37 meses a quem já havia sido diagnosticado “autismo” e que foi avaliado nesta Unidade segundo uma metodologia que, ao privilegiar a avaliação compreensiva dos sintomas e o apoio à família, possibilita a aplicação imediata de um programa diagnóstico e de intervenção individualizado, flexível, ajustado ao nível de desenvolvimento e características individuais da criança e extensivo aos pais.

Através desta ilustração, pretendem os autores alertar para a necessidade de uma avaliação cuidada e muitas vezes demorada deste tipo de sintomatologia, e para o risco de uma atitude diagnóstica precipitada poder predispor ao surgimento de condições psicopatológicas na família e na criança.

Palavras-chave: Considerações diagnósticas. Perturbação da relação e da comunicação. Perturbação do espectro do autismo. Perturbação mista de expressividade emocional.

* Comunicação Livre apresentada no XIX Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, decorrido a 16 e 17 de Outubro de 2008.

** Interna Complementar de Pedopsiquiatria – Departamento de Pedopsiquiatria, Hospital Maria Pia, Centro Hospitalar do Porto, EPE.

*** Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria – Unidade da Primeira Infância, Departamento de Pedopsiquiatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

INTRODUÇÃO

Na Unidade da Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia, são recebidos inúmeros pedidos de primeiras consultas cujo principal motivo é “suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo”.

Uma criança que dá sinais de não ter um desenvolvimento emocional adequado à idade e a ansiedade que frequentemente afecta os pais gera muitas vezes nos clínicos sentimentos de necessidade de dar uma rápida certeza diagnóstica.

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), conceptualizadas na primeira infância como Perturbações da Relação e da Comunicação (PRC), começam a manifestar-se cedo e, para além das dificuldades marcadas na relação e comunicação, frequentemente estão também presentes dificuldades na regulação de processos fisiológicos, sensoriais, motores, cognitivos, somáticos e afectivos (Greenspan & Wieder, 2006)

São ainda mal conhecidas as causas e as reais taxas de ocorrência. Os estudos mais recentes sugerem uma incidência de Perturbação do Espectro do Autismo de 1 em 150 (Center for Disease Control, 2007), que corresponde a um significativo aumento na última década.

Embora alguns investigadores atribuam este facto à melhor identificação e diagnóstico, muitos crêem tratar-se de um verdadeiro aumento do número de casos afectados, o que leva a pensar que podem estar a surgir nas últimas décadas factores ambientais que colocam os bebés e as crianças pequenas em maior risco de desenvolver autismo (Homig, 2001).

Não existem biomarcadores, testes laboratoriais ou processos de avaliação de comportamento específicos para identificar o autismo e a maioria das PRC.

O diagnóstico é um processo complexo dependente de um julgamento clínico informado que exige um treino sofisticado e avançado, com supervisão de peritos, bem como a experiência com muitas crianças com diferentes níveis de funcionamento e idades (Ozonoff, 1997).

O autismo define-se por sintomas do comportamento.

Para além das dificuldades básicas na relação, comunicação e pensamento, estão frequentemente presentes sintomas secundários, como a tendência à perseveração, movimentos de auto-estimulação ou repetição de palavras aparentemente sem significado, que resultam das primeiras.

No entanto, podem ser observados em outros tipos de Perturbações do Desenvolvimento e, como tal, não devem ser usados como critérios primários para fazer o diagnóstico, sob pena de cometer um erro que poderá ter efeitos vincadamente desorganizadores na dinâmica familiar destas crianças, com sub-

sequentes repercussões nefastas sobre a saúde destas (Greenspan & Wieder, 2006).

Estas considerações são tecidas a propósito de um caso clínico que, por manifestar alguns comportamentos erroneamente considerados como específicos das PEA, foi-lhe atribuído este diagnóstico, que em nada contribuiu para a potenciação de condições favorecedoras de uma evolução clínica positiva.

CASO CLÍNICO

O G. compareceu a uma primeira consulta na Unidade de Primeira Infância no Verão de 2008, com três anos e um mês de idade, aonde foi acompanhado pela mãe.

A consulta foi pedida por esta, a conselho de um amigo, com a expectativa de obter ajuda para o filho por lhe sido diagnosticado “autismo”.

Refere, em entrevista livre:

“Venho cá porque o meu filho é diferente dos outros meninos. Tem algumas estereotipias: toca as mãos uma na outra com os dedos esticados. Também faz sons que não se entendem, vocalizações. Corre, corre à volta da sala.

Antes era uma criança normal, muito simpático e querido. De repente, deixou de falar e de responder e passou a estar só no mundo dele.

Agora está melhor. Acontece mais no Colégio, quando não tem nada para fazer.

O que acontece agora é eu ter dois filhos diferentes numa questão de minutos.

Ora está ausente, a bater com os dedos, a correr e a bater com as mãos na parede. Ora de repente, há qualquer coisa que lhe chama a atenção e parece normal.”

A sua expectativa relativa a esta consulta era a de obter ajuda para o seu filho, para que este “evolua no sentido de ter uma vida independente, sem que precise dos pais”.

História Clínica

Único filho do casal, a mãe tem 32 anos e é licenciada.

O pai tem 36 anos e tem o 9º ano de escolaridade.

No início do namoro, com 18 anos e a frequentar o 1º ano da Faculdade, a mãe engravidou e submeteu-se a abortamento provocado. O pai, que na altura teria 22 anos e já trabalhava, afirma ter sido exclusivamente decisão desta e acrescenta que *“agora faria muito bem ao G. ter um irmão mais velho”* (sic).

No 5º mês de gestação do G., gestação esta planeada e desejada por ambos, faleceu subitamente a avó materna e a mãe fez uma reacção depressiva marcada, afirmando-se culpabilizada por não ter tido oportunidade de mostrar o seu afecto pela mãe, do que ainda hoje fala com intensa emoção.

O G. nasceu às 40 semanas, por cesariana electiva devido a incompatibilidade feto-pélvica, sem complicações médicas após o nascimento. A mãe achou que *“era o bebé mais lindo que já vira”* (sic).

Todos os cuidados **dos primeiros 5 meses de vida** foram prestados pela mãe. O pai trabalhava e não ajudava. Sobre este período, a mãe comenta:

“Era um bebé maravilhoso, muito doce. A inveja das outras mães, muito simpático e querido. Mas não dormiu de noite até aos 5 meses. Devia ser porque eu andava tão cansada que deixava-o dormir de mais durante o dia. Eu estava cheia de dores, exausta, muito deprimida e sem ajuda de ninguém.”

Durante esta altura, esteve em aleitamento materno exclusivo, algo que a mãe encarava como muito gratificante.

Aos 5 meses do bebé, a mãe foi trabalhar, deixando-o na creche. Este integrou-se com facilidade mas teve muita dificuldade em se adaptar ao biberon. O ritmo do sono passou a ser mais compatível com os horários dos pais.

Durante o primeiro e quase totalidade do segundo ano de vida, o G. foi um bebé saudável e aparentava ter um desenvolvimento harmonioso.

Aos 11 meses, começou a dizer as primeiras palavras: *“pai, mãe, papa, carro, cão”*. Adquiriu marcha autónoma aos 13 meses, caminhando com os braços estendidos para cima, como que a adquirir equilíbrio.

O sorriso social apareceu cedo. A mãe descreve-o como um bebé muito sociável e sorridente, *“sempre bem-disposto, só chorava quando se magoava”*. Solicitava frequentemente os pais, quando acordava ou quando pretendia algo.

A reacção ao estranho só foi notada aos 12 meses e nesta altura passou a manifestar ansiedade de separação à entrada da creche.

No segundo ano de vida, estabeleceu uma relação preferencial na escola com outra criança da sua idade, que era seu vizinho e com quem estava todos os dias também depois da escola, que imitava em tudo, de acordo com a mãe, a propósito do que refere: *“a professora costumava dizer que os dois eram os únicos verdadeiros amigos da sala”*.

Aos 20 meses de vida, a mãe foi trabalhar durante três meses para o Porto, regressando só ao fim-de-semana, período durante o qual o G. foi viver para casa de uma amiga da mãe, que conhecia e de quem gostava.

À segunda-feira de manhã, os pais deixavam-no na casa da amiga e saíam sem se despedir, porque achavam que seria menos penoso, uma vez que o G. manifestava ansiedade à separação.

Pelo mesmo motivo, o pai não o visitava durante a semana.

Surpreendentemente para os pais, o G. deixou de ter dificuldade em separar-se destes. “*Andava muito satisfeito, parecia que gostava mais dela que de nós, à sexta-feira era uma fita para vir para casa connosco*”.

Na escola, não foram notadas alterações no seu comportamento habitual, para além do desaparecimento da ansiedade de separação.

Uma vez a mãe regressada a Lisboa, decidiram mudar de casa, o que implicou mudar também o G. de escola.

Tinha então 23 meses e na escola nova, as crianças eram mais instáveis.

Tornou-se alvo frequente de agressão por um menino do seu grupo, que exibia frequentemente comportamentos agressivos para com os pares.

A partir daí, o G. debatia-se para não entrar na escola e chorava durante todo o tempo que lá permanecia, chamando a mãe. Recusava o consolo das educadoras e isolava-se. Não brincava nem participava em qualquer actividade de grupo. Passou a evitar o contacto visual, sendo ocasionalmente visto a observar os outros através do espelho.

Em casa, a mãe notava-o triste e menos activo que o habitual, com frequentes episódios de descontrolo emocional na sequência de pequenas frustrações.

Aos 26 meses, o pai foi vítima de atropelamento, ficando gravemente ferido e correndo risco de vida. Depois de internamento hospitalar prolongado, fez vários meses de fisioterapia intensiva e apesar de ter tido uma franca evolução, mantém hemiparésia direita. O pai diz ter feito um quadro depressivo na altura.

A partir de então, deu-se uma marcada alteração no comportamento e emoções do G., verificada em todos os contextos.

Passou a exhibir uma agitação psicomotora quase permanente, a correr em circuito único e imutável na sala de casa, em que batia repetidamente com as mãos nos mesmos pontos dos móveis e paredes e vocalizava sons sem sentido. Quando os pais o tentavam demover desta actividade, tinha episódios de cólera, em que gritava e se tornava auto e hetero-agressivo. Só se acalmava quando o deixavam voltar a fazer o circuito.

Desinteressou-se pela interacção com os outros e pelo jogo.

Deu-se uma importante regressão das aquisições adquiridas. Deixou de ter linguagem (apesar de ainda não construir frases, dizia já muitas palavras com

intenção comunicativa) e de responder ao chamamento, de chamar, solicitar ajuda ou queixar-se, de chorar e de manifestar prazer em qualquer actividade. Apresentava quase sempre um olhar desatento e alheado e uma marcada passividade face aos cuidados que lhe eram prestados, sendo facilmente alimentado e deitado.

Nesta altura, os pais procuram ajuda médica. O especialista que observou o menino nesta altura, após cinco minutos de observação, disse aos pais que não tinha qualquer dúvida de que a criança era autista, o que implicava “fazer o luto” de um filho saudável, que nunca iria ser capaz de subsistir sozinho, e aconselhou-os a poupar um fundo de reserva para uma instituição futura.

Não fez qualquer proposta de intervenção terapêutica, parecendo prognosticar uma doença sem possibilidade de melhorias.

Face à confrontação com este diagnóstico, o casal sentiu-se desesperançado e impotente.

No entanto, recusaram-se a “fazer o luto” proposto e acreditaram que o seu filho teria potencial para mais do que o predito, pelo que procuraram uma segunda opinião.

Desta vez, a observação foi mais cautelosa e demorada, embora em apenas uma consulta. Foi colocado o diagnóstico de “autismo atípico” e foram aconselhados a procurar apoio em associação deste tipo de perturbações, onde foram propostas terapia da fala, terapia ocupacional, hipoterapia e consultas de psicologia, que os pais acolheram desde logo.

Ciente das dramáticas implicações futuras deste tipo de patologia e esperançada de que algumas delas pudessem ser minoradas, a mãe passou a empenhar todos os seus esforços na tentativa de recuperação de saúde do seu filho. Todo o tempo em que não estava a trabalhar, passava-o com o G., levando-o às terapias e estimulando-o. Esforçou-se por desmobilizá-lo dos seus circuitos e estereotipias, através do envolvimento na relação consigo e com os brinquedos. Passou a falar muito com ele, na tentativa de enriquecer o seu vocabulário e facilitar a sua linguagem. Reforçava-o positivamente de cada vez que este respondia às suas solicitações ou tomava a iniciativa de comunicar.

O pai tornou-se mais interveniente e brincava com o filho nas alturas em que a mãe trata das tarefas domésticas, a pedido desta. Por vezes, levava-o em passeio.

Aos 30 meses, eram já evidentes melhorias. Começou a recuperar a linguagem e tornou-se possível captar o seu interesse, estabelecer comunicação e contacto visual. Notou-se uma diminuição da persistência dos comportamentos repetitivos. Os períodos em que se encontrava alheado ou a correr tornaram-se progressivamente mais curtos e os episódios de cólera menos frequentes e vio-

lentos. Iniciaram treino de controlo esfíncteriano diurno, ao que este correspondeu com algum sucesso.

Apesar da evolução positiva, o G. apresentava ainda défices marcados e a mãe resolveu procurar apoio na UPI.

Conhecemo-lo com 37 meses de idade.

Observação

O G. era um menino de pele branca e cabelo e olhos escuros, desenvolto apesar do seu aspecto franzino e com feições muito harmónicas, que lhe conferiam uma aparência agradável.

Entrou ao colo da mãe e, quando a mãe se sentou, deixou-se ficar aninhado no colo desta. Reagiu à estranheza do ambiente com alguma ansiedade, escondendo a cara no peito da mãe.

Com o decorrer da consulta, foi levantando a cabeça e explorando o ambiente com o olhar. Não parecia interessado em nós.

A dada altura, foi para o chão e escolheu brinquedos, trazendo um por um à mãe. De cada vez, fixava o seu olhar nela, certificando-se que esta os tinha visto. Se a mãe não estava atenta, puxava o seu braço e dizia “*mamã*” ou “*olha*”. Rodeou a mãe de brinquedos, embora não explorasse nenhum deles. A mãe festejava a chegada de cada um. Tentei aproximar-me, o que este aceitou, embora de início evitasse interagir comigo, desviando-se de mim com fâcies inexpressivo.

Acabou por se sentir mais confortável e envolveu-se comigo no jogo.

Com a interacção, o seu nível emocional e funcional foi nitidamente aumentando. Mostrou-se atento aos meus movimentos e iniciativas. A sua mímica facial revelou-se rica. Usou gestos, como levantar os braços, mostrar objectos ou puxar a roupa com intenção claramente comunicativa. Demonstrou grande prazer na interacção corporal, que procurava activamente, mas quando atingia o máximo de envolvimento, ficava extremamente irritado e reagia com agressividade dirigida a mim.

O seu humor durante a consulta alternava rapidamente entre eufórico e disfórico.

Por instantes, interrompia a interacção, parecendo desatento, saltitava e batia com as mãos na parede, para depois retomar a actividade interrompida.

Tinha equilíbrio, marcha e motricidade normais.

No fim da sessão evitou o olhar na despedida e não disse adeus, aceitando passivamente a mão da mãe no caminho até à porta.

Orientação

Mediante a colheita da história clínica e a observação da criança, foi equacionada a possibilidade da existência de uma Perturbação da Relação e da Comunicação.

Fez-se o preenchimento da Childhood Autism Rating Scale (C.A.R.S.) e do Perfil Sensorial e propuseram-se 10 sessões diagnósticas de acordo com o Modelo DIR/Floortime, de frequência bissemanal, estratégia com que se pretende captar as características únicas do desenvolvimento daquela criança, que servirão de base a um programa de tratamento individualizado.

Os resultados da avaliação psicológica inicial revelaram-se animadores: a cotação total da C.A.R.S. foi de 27.5 (não autista) e o perfil sensorial não identificou alterações do processamento sensório-motor.

Evolução

Houve uma evolução marcadamente favorável ao longo das 10 sessões realizadas, reforçando o que já vinha a acontecer antes destas serem iniciadas.

1. A interacção social

No início das sessões, era já notória uma marcada iniciativa em partilhar prazeres ou interesses, privilegiadamente com a mãe.

Passou a usar com mais frequência comportamentos não verbais reguladores da interacção social, tais como indicar, pedir, mostrar e esconder.

Quando se envolvia numa actividade com a médica, ia sempre reproduzi-la com a mãe. Gostava que a mãe experimentasse as sensações que lhe haviam causado prazer.

Quando se experimentou fazer sessões sem a presença desta, aderiu sem qualquer angústia. Os períodos de tempo de atenção partilhada e envolvimento mútuo aumentaram. Ficava mais regulado. O contacto visual tornou-se mais frequente.

No entanto, a comunicação e a expressão de sentimentos através do jogo não era tão rica como na presença da mãe. Ou seja, a sós melhoravam os níveis mais básicos do desenvolvimento emocional e funcional mas os mais avançados ficavam mais limitados.

2. A comunicação

Ao longo das sessões, observou-se um enriquecimento do seu reportório de expressão verbal, que passou a ser composto por inúmeras palavras, quase sem-

pre usadas com intenção comunicativa. Percebe perguntas simples e responde adequadamente, usando na maioria das vezes a forma não verbal.

Iniciou recentemente a construção de algumas frases simples, nitidamente de intenção comunicativa, mais frequentemente interrogações, do tipo, “*onde está X?*”, depois de ter escondido um objecto com o intuito do outro o ir procurar ou “*o que é isto?*”, mas também consignantess ao jogo simbólico, como “*o cavalo tem dói-dói*”.

3. As alterações de comportamento

Nas primeiras sessões, sobressaía a agitação psicomotora, com alguns movimentos corporais estereotipados: correr freneticamente pela sala, bater com as duas mãos na parede, caminhar com as mãos no chão e os membros inferiores estendidos, saltitando com uma agilidade notável alternadamente sobre cada um dos pés.

Este comportamento foi progressivamente ocupando menos espaço, passando a ser quase ocasional.

Apesar de aderir sem angústia às sessões, os episódios de heteroagressividade eram frequentes e geralmente sucediam-se a situações de aprazível envolvimento mútuo ou de jogo obstrutivo.

Também a sua tolerância ao obstáculo foi progressivamente aumentando.

Nas últimas sessões diagnósticas, a mãe revelou-se preocupada porque o G. estava a fazer um grave quadro de ansiedade de separação, à entrada do infantário.

Voltou a ter medo do escuro, como tinha antes de adoecer.

Fazia mais birras, mas a mãe percebe sempre o motivo destas, ao contrário das esporádicas crises de cólera anteriores, que não tinham factor desencadeante reconhecível.

Dinâmica Familiar

Para além das sessões diagnósticas, realizaram-se entrevistas a sós com a mãe, dado esta manifestar um grande desejo de partilhar as suas angústias e preocupações relativas à evolução do filho.

Essencialmente, solicitava orientações sobre que atitudes tomar relativas a questões do dia-a-dia do G. Muitas vezes, surgiam dúvidas sobre que expectativas ter relativamente ao seu futuro.

Havia uma hipervigilância notória relativa ao comportamento da criança, que se manifestava sob a forma de ansiedade evidente na sua atitude. Referia só

se sentir tranquila quando sabia que o filho estava a dormir, porque podia ter a certeza que não estaria a fazer estereotípias.

Sobreprotectora, sentia que tinha que estar muito atenta para não deixar que se mantivessem estes comportamentos porque “*de cada vez que ele faz aquelas coisas, se está a afastar um bocadinho para mais longe de mim*” (sic).

O seu pensamento era invadido por constantes dúvidas sobre o que este poderia estar a fazer em cada momento. Tinha deixado instruções na escola para que o desmotivassem de fazer os circuitos repetitivos, mas temia que não fossem levadas em conta.

O seu estado psíquico era de intensa vulnerabilidade emocional. Muitas vezes, chorava na presença do filho, apesar dos seus esforços para o evitar. Quando este olhava para si, sorria e limpava as lágrimas, tentando recompor-se.

Não tinha qualquer actividade de tempo livre e a sua aparência, apesar de cuidada, era pouco investida, tendo perdido aproximadamente 10 Kg durante o processo de adoecimento do seu filho.

Na entrevista que fiz com o **casal**, sobressaía uma dinâmica familiar organizada em torno dos cuidados à criança. A mãe assumia o papel de figura sobreprotectora e hipervigilante, de humor predominantemente ansioso. A relação mãe-filho estava centrada nos cuidados de saúde.

Por sua vez, o **pai** assumia postura passiva, colaborando no que lhe era pedido pela mãe mas, de forma velada, atribuía-lhe responsabilidades com intuito acusatório. O seu humor era persistentemente sub-depressivo.

Discussão Diagnóstica

Constata-se **aos 20 meses de idade** de G. ter deixado de existir ansiedade de separação e medo do escuro, para além de indiferença face às figuras de vinculação, em oposição à sua atitude anterior, sinais precoces de sofrimento psíquico.

Aos 23 meses, na sequência de novas perdas, há uma alteração significativa do seu estado de humor, que passa a ser predominantemente triste, com comportamentos de isolamento e evitamento e angústia evidente face a pequenas frustrações.

É todavia **aos 26 meses** que se dá uma ruptura evidente com o funcionamento anterior e torna-se óbvia a substituição do prazer, da curiosidade e dos medos adaptativos por um sentimento perturbador responsável por uma total desregulação do comportamento e pela perda significativa de aquisições já consolidadas, mais evidente ao nível da comunicação.

Nesta altura, os pais perceberam a fragilidade do estado de saúde do seu filho e, apesar do desespero sentido, foram capazes de encontrar soluções construtivas capazes de lhe devolver sentimentos de estabilidade, conforto e segurança e que resultaram em notórios progressos num surpreendente curto espaço de tempo.

Perante este quadro sintomático e, segundo a **classificação DC: 0-3R**, proponho os seguintes diagnósticos:

Eixo I – Diagnóstico Primário

Perturbação Mista da Expressividade Emocional

A Perturbação Mista da Expressividade Emocional é uma Perturbação do Afecto pervasiva que se caracteriza por dificuldade em expressar emoções em gama e intensidade esperadas para o nível de desenvolvimento de uma forma tão significativa que prejudica o funcionamento da criança relativamente ao seu funcionamento prévio.

O padrão atravessa múltiplos tipos de afecto, podendo estar ausentes afectos específicos que deveriam existir dada a idade da criança, ou serem de intensidade perturbada, revertidos ou inapropriados à situação.

A dificuldade em usar a linguagem ou o jogo para expressar emoções e o desaparecimento dos medos, preocupações ou ansiedade esperados para a idade, de função adaptativa, suportam este diagnóstico.

Eixo II – Classificação da Relação

PIR-GAS: 55

RPCL: Relacionamento ansioso-tenso, tanto na qualidade comportamental da interacção, como na tonalidade afectiva e no envolvimento psicológico.

Eixo III – Situações Médicas Orgânicas ou do Desenvolvimento

Sem diagnóstico.

Eixo IV – Factores de Stress Psicossocial

Morte da avó. Depressão da mãe.

Discórdias matrimoniais.

Separação dos pais.

Mudança de casa. Mudança de escola.

Doença médica do pai, com risco de perda de capacidade para o trabalho.

Diagnóstico de Autismo.

Eixo V – Nível de Desenvolvimento Emocional e Funcional

	Na 1ª observação	Na 10ª sessão diagnóstica
1. Atenção e regulação	3	2
2. Formação de relações e envolvimento mútuo	3	2

3. Comunicação intencional bi-direccional	3	2
4. Gestos complexos e resolução de problemas	4	3
5. Uso de símbolos para expressar pensamentos e sentimentos	4	4
6. Conexão lógica de símbolos e pensamento abstracto	6	6

CONCLUSÕES

As fronteiras entre as patologias nesta faixa etária são difíceis de distinguir.

A especificidade necessária aos critérios de diagnóstico muitas vezes separa os quadros nosológicos de forma artificial e algo forçada.

O primeiro especialista que os pais consultaram disse-lhes que o G. era “autista” e que nunca seria capaz de estabelecer relações afectivas ou de pensar de forma criativa. Falou-lhes em “fazer o luto” e ponderar uma instituição para que este pudesse sobreviver quando adulto, dado que seria sempre dependente do apoio de terceiros.

Julgou-se em tempos que o autismo era um diagnóstico com reduzidas perspectivas de melhoras e mesmo sem tratamento. O desespero antigamente associado ao rótulo de autismo ainda hoje é sentido por muitos pais.

Actualmente, porém, a investigação sugere que as crianças com autismo podem melhorar muito com abordagens de tratamento que incluem intervenções comportamentais e ao nível da linguagem intensivas e precoces, medicação psicoactiva, treino de competências escolares e intervenções de base escolar. Independentemente do seu modelo, terão que ser precoces, intensivas, individualizadas, apropriadas ao desenvolvimento e centradas nas famílias.

Mediante esta realidade, é trágico que ainda hoje se diga aos pais que pouco se pode fazer pelos seus filhos (Ozonoff, 2003).

Ao fazer o diagnóstico, os especialistas cometem frequentemente o erro de pensar apenas se a criança está ou não incluída no Espectro do Autismo.

Esta questão é muito limitativa e pouco vantajosa (Greenspan, 2006).

Ao invés, o desenvolvimento saudável deve ser imaginado como um continuum e o lugar de cada criança neste não é fixo e depende das condições do meio (Rutter, 1999).

Um quadro que pode começar por parecer dramático contém muitas vezes uma esperança razoável de cura e até mais tarde evoluir no sentido da participação social, da auto-determinação e da auto-estima ou, por outras palavras, evoluir para a esperança de que a criança possa viver uma vida feliz, produtiva e com significado (Ruble & Dalrymple, 1996).

A relação médico-família é da maior importância para melhorar as capacidades e resultados das crianças com estas dificuldades. A investigação sobre os resultados dos tratamentos tornou claro que intervenções extremamente simples e inespecíficas, como atenção, cuidados enternecidos, controlo dos medos, estabelecimento de expectativas, auto-determinação e auto-consciência, podem ser extremamente poderosas (Stewart, 1995).

Para concluir, o processo do neurodesenvolvimento é ainda mal compreendido mas é sabido que a plasticidade inerente aos estadios precoces de desenvolvimento permite que intervenções atempadas alterem o prognóstico de forma muito significativa (Huttenlocher, 1984).

Este processo deve ser pois encarado como dinâmico e potenciadas todas as formas para que as crianças com dificuldades a este nível progridam o mais possível no seu crescimento emocional e intelectual, acreditando na sua capacidade de nos surpreender com o rompimento de muitas das correntes que travam de forma tão dramática o seu desenvolvimento.

BIBLIOGRAFIA

- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: Using the Floortime approach to help children relate, communicate and think*. Cambridge MA: Perseus Books.
- Homig, M., & Lipkin, W.I. (2001). Infectious and immune factors in the pathogenesis of neurodevelopment disorders: epidemiology, hypothesis and animal models. *Ment. Retard. Dev. Disab. Res Rev.*, 7, 200-210.
- Huttenlocher, P. (1984). Synapse elimination and plasticity in developing human cerebral cortex. *Am. J. Ment. Defic.*, 88, 488-496.
- Ozonoff, S. (1997). Causal mechanisms of autism: unifying perspectives from an information-processing framework. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 868-879).
- Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2003). *Autism Spectrum Disorders. A research review for practitioners*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ruble, L.A., & Dalrymple, N.J. (1996). An alternative view of outcome in autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 11, 3-14.
- Rutter, M. (1999). Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *J. Child. Psychol.*, 40, 169-188.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can. Med. Assoc. J.*, 152, 1423-1433.

ZERO TO THREE. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: ZERO TO THREE Press.

ABSTRACT

In the Infancy and Early Childhood Unit of Dona Estefânia Hospital many requests of first consultation due to "Autism Spectrum Disorder suspect" are received.

~~*A child who does not seem to have an age-appropriate emotional development and the anxiety that frequently affects parents quite often produces in the clinician the need of giving a quick diagnostic certainty.*~~

The clinical case described concerns a 37-month-old boy who had already been diagnosed "autism" and was subsequently evaluated at this Unit according to a methodology that by focusing in a comprehensive evaluation of the symptoms and family support, enables the planning of a flexible, development adjusted and parents-extended diagnostic and intervention program.

Through this illustration, the authors intend to alert for the need of a careful and time-extended evaluation of this type of symptoms and also to the risk of a hasty diagnostic attitude that could lead to the appearance of psychopathological conditions in both family and child.

Key-words: Relating and Communicating Disorder. Autism Spectrum Disorder. Mixed Disorder of Emotional Expressiveness. Diagnostic Considerations.

REPRESENTAÇÃO DE SI NA ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTOS DE RISCO

Estudo exploratório de uma Grelha de Representação de Si na Fotolingagem *

Joana Gonçalves **

Rui Oliveira ***

RESUMO

Esta investigação tem como objectivo estudar a adolescência, enquanto processo de mudança. Tentar discriminar entre o lado saudável e positivo para o crescimento e o lado psicopatológico de determinados sintomas, típicos deste processo.

Inserida numa leitura psicanalítica e manuseada com técnica projectiva, este estudo pretende explorar mais sistematicamente o valor diagnóstico e preditivo da Fotolingagem para comportamentos de risco na adolescência. Para tal construiu-se uma Grelha de Representação de Si da Fotolingagem.

Participam neste estudo 88 adolescentes entre os 14 e os 15 anos candidatas a condutores de ciclomotores através da Formação de Jovens Ciclomotoristas da Prevenção Rodoviária Portuguesa (P.R.P.).

E tendo em conta o trabalho realizado por Manuel de Matos (1991) este estudo irá cruzar os resultados obtidos nesta Grelha de Representação de Si na Fotolingagem com os resultados da Escala de Risco Suicidário de Stork (1977) reduzida e adaptada para a população portuguesa por Amaral Dias e colegas em 1986 e a Escala de Ansiedade de Zung aferida para a população portuguesa por A S. Vaz Serra, E. Ponciano e J. Relvas, em 1982 (a).

Não encontramos uma correlação entre os resultados da nossa grelha e os resultados das outras escalas, mas tal poderá dever-se provavelmente à natureza teórica e psicométrica completamente divergente entre estas técnicas.

De uma maneira geral, podemos dizer que a nossa Grelha de Representação de Si na Fotolingagem possibilita-nos melhor o acesso às dimensões ditas relacionais

* Poster apresentado no XIX Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, decorrido a 16 e 17 de Outubro de 2008.

** Mestre em Psicologia Clínica.

*** Professor Doutor, Psicanalista, Professor Auxiliar Convidado da Universidade de Évora.

do funcionamento mental, do que às dimensões estruturais de delimitação entre o dentro e o fora (Marques, 1994). Contudo, parece-nos ter fortes potencialidades para ser uma boa ferramenta, utilizada em contexto grupal, que vai de encontro à lógica interna do sujeito e do seu funcionamento mental.

Para além de ser projectiva, tal como M. Horta (2004) pensamos que esta técnica também poderá ser classificada como temática, uma vez que apela sobretudo à problemática da relação interpessoal, não surgisse o conceito de representação de si do cruzamento entre um investimento narcísico e um investimento objectal.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamentos de risco. Representação de Si. Fotolinguagem.

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende ser uma reflexão clínica sobre as temáticas do mundo interno, na concepção psicanalítica, do evoluir adolescente.

Propôs-se explorar o valor diagnóstico e preditivo da Fotolinguagem, contextualizada como técnica projectiva, para comportamentos de risco na adolescência. É um estudo exploratório e correlacional que pretende compreender que dimensões do desenvolvimento psicológico dos adolescentes se relacionam com a vulnerabilidade ao risco. Assim, esta investigação é então uma primeira tentativa de operacionalização da fotolinguagem e que tenta cruzar abordagens qualitativas que recrutam o modelo analítico e dinâmico para a sua compreensão com abordagens quantitativas de natureza epidemiológica, com o objectivo do enriquecimento dos instrumentos utilizados na prática clínica. Para tal vai avaliar a representação de si na adolescência e a sua relação com comportamentos de risco; a ideação suicida; a ansiedade; e vai correlacionar estas três variáveis.

METODOLOGIA

A nossa amostra é de conveniência, da qual fazem parte 88 adolescentes entre os 14 e os 15 anos candidatos a condutores de ciclomotores através da Formação de Jovens Ciclomotoristas da Prevenção Rodoviária Portuguesa (P.R.P.).

Os instrumentos utilizados foram uma Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem, construída por nós; a Escala de risco suicidário de Stork (1977) reduzida e adaptada para a população portuguesa por Amaral Dias e colegas em 1986; e a Escala de ansiedade de Zung aferida para a população portuguesa por A.S. Vaz Serra, E. Ponciano, e J. Relvas, em 1982a.

Mais especificamente, a grelha construída por nós tem por base, os sinais de perigo em termos emocionais descritos por M. Laufer (1995), como também a teoria das relações objectais e do narcisismo (C. Chabert, 1997).

Também tem em conta a teoria das identificações de L. Grinberg (1976) e o trabalho de Coimbra de Matos (1996) acerca do processo de construção da identidade. Para o estudo dos mecanismos de defesa e angústias observados, no discurso das respostas, fruto de uma identificação projectiva, recorremos a V. Shentoub (1990).

GRELHA DE REPRESENTAÇÃO DE SI NA FOTOLINGUAGEM

Eixo Integridade	Eixo Espécie	Eixo Emocional	Eixo Relacional	Eixo Procedimentos
Unidade	0 Humano	0 Sexual/fraternas 0 Competição	0 Só	0 Labilidade
	Animal	0 Divertimento 0 Conhecimento	0 Acompanhado social ou conjugal (identificação idiomórfica)	0 Controlo
Fragmentado ou deteriorado	1 Objecto	1 Depressão 1 Humilhação 1 Mania ou euforia	1 Acompanhado Social (identificação alotriomórfica)	1 Evitamento
	Elementos e natureza	1 Regressivo 1 Rigidez	1	
		2 Descontrolo impulsivo	2 Acompanhado familiar (identificação imagoico-imagética) 2 Desconfiança	2 Emergência em processo primário 2

Recorreu-se à correlação de Pearson para perceber se as respostas por cada eixo se concentravam em poucas alternativas de resposta. E verificou-se que apenas os eixos emocional, relacional e procedimentos se correlacionam significativamente com o valor total da grelha ($p < 0.001$) No entanto mesmo assim retirando os resultados dos outros dois eixos Integridade e Espécie ficamos com um valor de consistência interna razoável (Alfa de Cronbach=0,57).

RESULTADOS

Escala de Ansiedade de Zung

A nossa amostra apresenta resultados de ansiedade (média de 38,72) próximos da média encontrada pelos autores para a população normal.

Escala de Risco Suicidário de Stork

A nossa amostra apresenta uma distribuição dos resultados de Risco Suicidário com uma média baixa de 30,00.

Grelha de Representação de Si na Fotolingagem Eixos

Os valores oscilam entre 0 e 9 e apresentam uma média baixa de 2,58.

Grelha de Representação de Si na Fotolingagem Categorias

As categorias mais cotadas, são: no Eixo Integridade é a Unidade; no Eixo Espécie é a Humana; no Eixo Emocional é o Divertimento; no Eixo Relacional é a Identificação Alotriomórfica; no Eixo Procedimentos é a Labilidade.

Grelha de Representação de Si na Fotolingagem – Eixos e Sexo

Existem diferenças significativas entre os sexos ao nível dos Eixos da Integridade e da Espécie.

Nos sujeitos do sexo feminino obtivemos mais respostas Fragmentadas ou Deterioradas.

Nos sujeitos do sexo masculino obtivemos mais respostas de Objectos ou Elementos e Natureza.

Correlação entre o Total da GRSF e os resultados da ERSS e da EAZ

Observámos apenas a existência de uma correlação significativa entre os resultados da Escala de Risco Suicidário de Stork (ERSS) e os resultados da Escala de Ansiedade de Zung (EAZ) ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Escala de Ansiedade de Zung

Tal como A. Vaz Serra, E. Ponciano, e J. Relvas (1982a) também nós encontrámos valores de ansiedade ligeiramente superiores nas raparigas do que nos rapazes.

Escala de Risco Suicidário de Stork

Os resultados obtidos por nós na Escala de Risco Suicidário de Stork, convergem com os estudos de Stork (1977), Matos (1991) e Oliveira (2003) que referem que é com o aproximar do final da adolescência que o risco suicidário é mais elevado.

Assim, parece-nos importante investir em investigações e estratégias, que antecipem este tipo de comportamentos, com os adolescentes mais novos, tal como é o caso da nossa investigação.

Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem Eixos

Podemos dizer desde já que a nossa Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem possibilita-nos melhor o acesso às dimensões ditas relacionais do funcionamento mental, do que às dimensões estruturais de delimitação entre o dentro e o fora (Marques, 1994).

Relativamente à Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem construída por nós, falta-nos perceber se a grelha acede às dimensões estruturais e consequentemente, averiguar acerca da sua sensibilidade para distinguir processos primários ao nível psicótico dos não primários e neuróticos.

Logo deve ser estudada com outro tipo de amostra mais psicopatológica.

Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem – Categorias dos Eixos Integridade e Espécie

As cotações da nossa grelha, revela-nos que a maioria das respostas são de Unidade e com um conteúdo humano e animal. Estes resultados permitem-nos perceber que nesta amostra, não se denota aspectos patológicos de origem regressiva ou de retraimento narcísico nestas respostas e que consequentemente, estas estão mais próximas do real e da representação de si directa, na medida em que, é essa a instrução.

No entanto, podemos observar maiores preocupações centradas no corpo e consequentemente, maior necessidade de referência à representação de si directa, por parte do sexo feminino, com as respostas de categoria fragmentado ou deteriorado.

Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem – Categorias do Eixo Emocional e Eixo Relacional

A maioria das respostas na Fotolinguagem estava associada a emoções de divertimento, mania ou euforia, ora sabendo nós que não há adolescência sem sentimentos depressivos, estas respostas também podem ser interpretadas como uma luta anti-depressiva, que mascara esses sentimentos mais pessimistas.

Assim, dada a coerência de uma certa saúde mental da nossa amostra, parece natural que estes adolescentes, já manifestem processos de identificação idiomórfica e comecem a projectar-se numa relação de “intimidade igualitária” (Laufer, 1995), com desejo de partilha para fora da vida familiar, por já ter ocorrido um processo de internalização do modelo parental.

Ansiedade e Risco Suicidário

Obtivemos uma correlação significativa entre a ansiedade e o risco suicidário. O que vai de encontro aos resultados encontrados por Matos (1991), onde o grupo de sujeitos com acidentes apresentam valores de ansiedade maiores comparativamente ao grupo de sujeitos sem acidentes e onde os valores elevados de risco suicidário também aparecem no grupo de sujeitos com dois ou mais acidentes.

Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem

De uma maneira geral, a nossa Grelha de Representação de Si na Fotolinguagem parece-nos ter fortes potencialidades para ser uma boa ferramenta, utilizada em contexto grupal, que vai de encontro à lógica interna do sujeito e do seu funcionamento mental.

Para além de ser projectiva, tal como M. Horta (2004) pensamos que esta técnica também poderá ser classificada como temática, uma vez que apela sobretudo à problemática da relação interpessoal, não surgisse o conceito de representação de si do cruzamento entre um investimento narcísico e um investimento objectal.

Com a ressalva de que as respostas obtidas na Fotolinguagem são uma pequena fotografia instantânea do inconsciente e da vida mental do sujeito, retirada do tempo e da sua história pessoal, concordamos com M. Horta (2004) quando afirma que tal como o Rorschach e o T.A.T., a Fotolinguagem assume novas perspectivas quando lida em conjunto com outras provas ou juntamente com uma entrevista clínica.

BIBLIOGRAFIA

- Chabert, C. (1997). *O Rorschach na clínica do adulto. Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- Dias, C.A., Eufrásio, M., Fernandes, O.M., & Lopes, I.C., & Reis, A.R. (1986). *Adaptação da Escala de risco suicidário de J. Stork para a população portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Grinberg, L. (1976). *Teoria da Identificação*. Lisboa: Climepsi, 2001.
- Horta, M. (2004). *Grupos de Prevenção de Comportamentos de Risco Rodoviário e utilização da Técnica da Foto-linguagem*. Lisboa: Comunicação apresentada no 3º Encontro de Psicologia Aplicada, da Universidade Lusíada.
- Laufer, M. (1995). *O Adolescente Suicida*. Lisboa: Climepsi, 2000.

- Marcelli, D., & Braconnier, B. (2005). *A Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, M.E. (1994). A Metodologia Projectiva e a Avaliação Psicológica na(s) Adolescência(s): O(s) Sentido(s) do(s) Sentido(s). *Análise Psicológica*, XII(4), 473-479.
- Matos, A.C. (1996). Percursos da Identidade: Processos Transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-33.
- Matos, M.P. (1991). *Factores de Risco Psicológico em Jovens Condutores de Motorizada e sua Influência Relativa na Ocorrência de Acidentes*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, R.A., Horta, M., Mendes, R., & Vieira, M. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica*, XXI(4), 465-474.
- Rausch de Traubenberg, N. (1983a). Actividade perceptiva e actividade fantasmática no Teste de Rorschach. O Rorschach, espaço de interacções. *Análise Psicológica*, IV(1), 17-22.
- Serra, A.V., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982a). Aferição da escala de auto-avaliação da ansiedade de Zung, numa amostra da população portuguesa. I – Resultados da aplicação numa amostra da população normal. *Psiquiatria Clínica*, 4(3), 191-202.
- Shentoub, V., e col. (1990). *Manual de utilização do T.A.T. Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- Stork, J. (1977). Échelle d'évaluation de risque suicidaire. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 20(2), 493-520.

ABSTRACT

The purpose of this investigation is to study adolescence as a process of change. Trying to discriminate between the healthy and positive side and the psychopathologic side of certain symptoms, typical of adolescence.

Supported by a psychoanalytic perspective and handled with projective technique, this study intends to investigate Fotolanguage, namely, its diagnostic and predictive value of risk behaviors in adolescence.

Bearing in mind that "the majority of disorders during adolescence are essentially located on the axis of self-image, of the individual construction and, after all, of the establishment of narcissism" (Marcelli & Braconnier, 2005, p.267), a Self-representation Grid was developed in Fotolanguage.

Participants were 88 adolescents, aged from 14 to 15 years, prospective drivers of mopeds, attending Training of Youth Moped Drivers, at Prevenção Rodoviária Portuguesa (P.R.P.).

Taking into account the work done by Manuel de Matos (1991), this study will cross the results obtained through Self-representation Grid in Fotolanguage with

results obtained through the suicidal risk scale of Stork (1977), shortened and adapted to Portuguese population by Amaral Dias and colleagues in 1986 as well as with the scale of anxiety of Zung standardized for Portuguese population by A S. Vaz Serra, E. Ponciano and J. Relvas, in 1982 (a).

No correlation was found between our Grid results and results of the two other scales, probably due to the complete divergence in what concerns theoretical and psychometric nature underlying the different techniques used.

In general, we may say that our self-representation Grid in Fotolanguage reveals to be better to facilitate access to the so-called relational dimensions of mental functioning than to structural dimensions of delimitation between inside and outside (Marques, 1994).

Even so, it seems to have strong potentialities to be a good tool, to use in group context, since it meets the subject's internal logic and mental functioning, and has little value to fall back upon symptomatic, behavioral, social or adaptive criteria.

We think, as M. Horta (2004) that this technique, in addicting of being projective, it can also be classified as thematic, once it appeals mainly to interpersonal relation as self-representation concept emerges from the crossing between narcissistic and object cathexis.

Key-words: Adolescence. Fotolanguage. Risk behaviour. Self-representation.

VINCULAÇÃO E MECANISMOS DE DEFESA EM JOVENS ADULTOS *

Lisa Roque **

António J. Santos **

Manuela Veríssimo ***

RESUMO

O objectivo deste trabalho centrou-se no estudo da mobilização de diferentes mecanismos de defesa perante situações hipotéticas de conflito, em jovens adultos universitários, na tentativa de compreender se existem diferenças significativas entre eles, em função do seu nível de segurança vincutivo. Para esse efeito foram aplicados dois instrumentos: as Narrativas sobre as representações da vinculação em adultos (nas situações de interacção mãe/criança e adulto/adulto), e o Inventário de Mecanismos de defesa (D.M.I.) (Justo, 1990, tradução e adaptação do original em língua inglesa Defense Mechanisms Inventory, 1968). A amostra foi constituída por um total de 57 participantes, 33 sujeitos seguros (15 homens e 18 mulheres) e 24 inseguros (15 homens e 9 mulheres). Todos os participantes foram extraídos de uma população estudantil universitária, inserida no seu meio familiar e social. Verificaram-se diferenças significativas entre os sujeitos após uma análise de clusters que dividiu a amostra em 5 grupos e 5 perfis distintos de utilização dos mecanismos de defesa. Contudo, os participantes dos 5 perfis apenas divergiram significativamente entre si, no seu nível de segurança, nas histórias sobre a interacção mãe/criança, em detrimento da interacção adulto/adulto e segurança geral. Os participantes divergiram significativamente em função do sexo em todas as sub-escalas do D.M.I., excepto na REV – “reversal” (negação, formação reactiva e repressão).

Palavras-chave: Adultos. Mecanismos de defesa. Modelos internos. Vinculação.

* Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes que aceitaram participar neste estudo. Os autores gostariam ainda de agradecer a todos os colegas da linha 1, Psicologia do Desenvolvimento, da U.I.P.C.D.E., pelos seus comentários valiosos.

** Unidade de investigação em Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação, ISPA – Instituto Universitário.

*** Professora Associada. Directora Geral, ISPA – Instituto Universitário.

INTRODUÇÃO

A investigação actual sugere que o tipo de vinculação dos indivíduos se encontra relacionado com a qualidade da sua regulação emocional, nomeadamente, o modo como os sujeitos percebem a realidade externa (ameaçadora ou contentora) e interna (auto-imagem), acedem a memórias passadas negativas ou positivas, a reactividade emocional e as estratégias defensivas que mobilizam perante estímulos causadores de stress. Bowlby (1982) sugeriu que a vinculação se encontra relacionada com a regulação emocional, nomeadamente, a regulação da agressividade e da depressão. Segundo o autor, a raiva e a agressividade podem ser consideradas como reacções funcionais de protesto contra os comportamentos de vinculação de reduzida qualidade emitidos pela figura primária. Bowlby (1982) sugeriu que uma vinculação segura promove o desenvolvimento de um sentimento de confiança nos outros, na reversibilidade de comportamentos negativos e na capacidade do indivíduo em resolver, eficazmente, estas situações. Nestes casos, a raiva é instrumental, utilizada para desencorajar os comportamentos negativos dos outros no futuro, ultrapassar obstáculos relacionais e manter laços vinculativos fortes. No entanto, quando a raiva não é suficiente para desencorajar o outro e as ameaças de rejeição e abandono são frequentes, o indivíduo pode transformá-la em raiva disfuncional, expressa através de episódios de elevada intensidade emocional e comportamento destrutivo que afasta as figuras de apego. Bowlby (1982), sugeriu que indivíduos inseguros transformam esta resposta funcional (raiva de esperança), noutra disfuncional (raiva de desespero), tornando-se desconfiados e hostis, podendo reagir de forma agressiva, sempre que percebem um distanciamento emocional por parte das figuras de apego, seja este real ou não. Existe alguma evidência empírica que suporta a hipótese teórica de Bowlby. As crianças inseguras reagem de forma mais agressiva para com as mães, do que as seguras (Main & Goldwin, 1984, citados por Mikulincer, 1998), tendo sido classificadas como mais hostis na sala de aula aos 5 anos de idade (Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod, & Silva, 1991). Adolescentes inseguros registaram níveis de raiva disfuncional mais elevados durante as suas interacções com a figura materna, que os seguros (Kobak, Cole, Ferenz-Guillis, & Fleming, 1993). Adultos inseguros reagiram com índices mais elevados de agressividade e raiva face a situações de stress, que indivíduos seguros (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993) e uma maior acessibilidade a episódios mnésicos, caracterizados por ressentimento e agressividade (Mikulincer & Orbach, 1995). Mikulincer (1998) verificou uma relação significativa entre a vinculação e a raiva, nas seguintes dimensões: propensão para a raiva; expressão da raiva; objectivos, acções e emoções de raiva; atribuição de intenção hostil e expectativas face a consequências relacionadas com sentimentos de raiva.

Os sujeitos seguros registaram níveis mais reduzidos de propensão para a raiva, desenvolviam um maior número de objectivos impulsionados por raiva funcional, mais respostas adaptadas e afectos positivos em episódios de raiva, menor atribuição de intenção hostil e revelaram mais expectativas positivas que os sujeitos inseguros. Nos indivíduos inseguros resistente-ambivalentes, a experiência de raiva incluía a falta de controlo sobre este sentimento e a sua inexpressão para o exterior. Nos inseguros evitantes, incluía elevados níveis de hostilidade, respostas de escape e uma dificuldade na detecção e compreensão dos sinais fisiológicos da raiva. Luecken (2000), desenvolveu um estudo sobre vinculação, experiências de perda durante a infância, hostilidade, depressão e suporte social, entre sujeitos que experienciaram a perda de um dos progenitores antes dos 16 anos e um grupo de controlo criado por ambos os pais biológicos. A autora verificou que sujeitos cujo ambiente familiar era altamente conflituoso, caracterizado por níveis reduzidos de apoio e afecto, registavam os níveis mais elevados de hostilidade. No entanto, estes resultados apenas se registaram no grupo de controlo. Os sujeitos que experienciaram a perda de um dos progenitores antes dos 16 anos de idade não apresentaram níveis de hostilidade tão elevados, mesmo se expostos a um ambiente familiar de menor qualidade. Neste caso, as defesas mobilizadas eram de natureza mais intrapunitiva, como o isolamento social e os sintomas depressivos. Bowlby (1982) propõe que as interacções precoces com figuras de vinculação, funcionam como uma base para as futuras expectativas e percepções dos indivíduos acerca do *self* e dos outros. Indivíduos seguros terão uma predisposição para perceber os outros como dignos de confiança, atentos às suas necessidades e capazes de reconhecer as suas qualidades. As suas expectativas acerca dos relacionamentos serão mais positivas, desenvolvendo, também, um sentimento global de auto-valorização neste processo. Por outro lado, os indivíduos inseguros revelarão uma tendência para perceber os outros como rejeitantes, sentindo-se desvalorizados por estes. Como resultado, as suas expectativas relacionais serão mais negativas e a sua auto-estima mais frágil que a dos indivíduos seguros. De facto, Collins e Read (1990), Griffin e Bartholomew (1994), verificaram que os sujeitos seguros têm maior tendência para perceber os outros como bem-intencionados e dignos de confiança, além de terem uma maior auto-estima, que os sujeitos inseguros. A investigação actual sugere que o modo como os indivíduos inseguros percebem os outros pode ser influenciada pela sua vinculação, estratégias de regulação emocional e auto-imagem, ou seja, a sua percepção da realidade externa pode resultar do uso de mecanismos projectivos, em que aspectos recusados pelo *self* são transferidos e reconhecidos nos outros. Mikulincer e Horesh (1999) verificaram que a projecção se encontra subjacente ao modo como os indivíduos inseguros percebem a realidade. Sujeitos inseguros resistente-ambivalentes tendem a

projectar aspectos do seu *self* real nas inferências ou impressões que formam sobre os outros e nas memórias que recuperam. Este mecanismo poderá reflectir a necessidade e procura de proximidade destes sujeitos, que se aproximam dos outros ao identificarem-se, projectivamente, com eles. Por outro lado, os sujeitos evitantes tendem a projectar nos outros os aspectos que recusam no seu *self* ou que não gostam nos outros. Neste caso, esta estratégia poderá resultar de uma tentativa de reprimir as suas próprias imperfeições, aumentando o distanciamento face aos outros. Finalmente, os sujeitos seguros revelam menor tendência para distorcer a sua representação da realidade externa pelos mecanismos de projecção ou identificação projectiva, que os evitantes ou resistente-ambivalentes. Mikulincer e Florian (1998) verificaram que indivíduos resistente-ambivalentes tendem a utilizar mecanismos de defesa que intensificam a carga emocional, sobretudo a negativa, dos acontecimentos, revelando-se mais passivos face à tomada de iniciativa na alteração de situações angustiantes. Os sujeitos evitantes revelaram uma tendência para reprimir aspectos negativos, emoções e necessidades de afiliação, afastando-se dos outros em momentos de stress. Birnbaum, Orr, Mikulincer, e Florian (1997) desenvolveram um estudo sobre as estratégias de *coping* utilizadas durante o processo de divórcio, em indivíduos com diferentes tipos de vinculação. Verificaram que sujeitos inseguros ambivalentes e evitantes utilizavam o isolamento social e os pensamentos derrotistas com maior frequência que os seguros. Fraley e Shaver (1997) demonstraram que sujeitos evitantes possuem a capacidade para reprimir pensamentos relacionados com as necessidades de afiliação, como forma de defesa. Esta repressão conduz a uma diminuição da reactividade fisiológica, sugerindo que os mecanismos defensivos destes indivíduos reflectem não só uma tentativa de esconder os seus comportamentos de stress, como uma ausência relativa dos mesmos. Mikulincer, Florian, e Weller (1993) desenvolveram um estudo sobre as estratégias de *coping* utilizadas por uma amostra de estudantes israelitas, durante um ataque míssil na Guerra do Golfo. Os autores verificaram que sujeitos inseguros resistente-ambivalentes recorriam, sobretudo, a estratégias centradas na intensidade emocional das situações, aumentando-a; os inseguros evitantes recorriam ao distanciamento emocional, social e cognitivo e os seguros ao apoio social. Alguns autores (Mikulincer & Florian, 1995; Collins & Read, 1990) verificaram que indivíduos seguros tendem a encarar os problemas de um modo mais positivo e a acreditarem mais na sua capacidade de mobilizar estratégias de *coping* eficazes, que os inseguros. Além disso, os sujeitos seguros tendem a utilizar estratégias de *coping* que não distorçam, defensivamente, as suas perspectivas do mundo e do próprio self (Mikulincer & Florian, 1998). Por outro lado, os sujeitos inseguros tendem a perceber, mais frequentemente, os acontecimentos como ameaçadores, a desenvolverem dúvidas sobre as suas capacidades defensivas ou de *coping*, a

distorcerem defensivamente, a sua visão do mundo e auto-imagem, além de registarem níveis superiores de ansiedade e stress (Mikulincer & Florian, 1998). Embora os indivíduos inseguros evitantes e resistente-ambivalentes registem níveis de ansiedade, stress e distorção da realidade interna e externa, superiores aos seguros, as suas estratégias de *coping* diferem entre si. Os resistente-ambivalentes tendem a desenvolver uma atitude e percepção hipervigilante a sinais de stress relacional, intensificando-o e concentrando-se, sem distrações, nesses pensamentos negativos. Os evitantes divergem a sua atenção de pistas de stress relacional, inibem os comportamentos de proximidade, enfatizando a sua auto-suficiência (Mikulincer & Florian, 1998). Alguns estudos têm revelado, também, a existência de uma relação entre o tipo de vinculação dos sujeitos, a repressão mental e acessibilidade de pensamentos causadores de stress e angústia. Mikulincer e Orbach (1995) constataram que os indivíduos evitantes registavam níveis mais elevados de repressão que os seguros ou que os resistente-ambivalentes, além de um nível de acessibilidade menor a memórias negativas, que os outros dois grupos. Por outro lado, nos sujeitos seguros, as memórias acedidas eram acompanhadas de níveis moderados de carga emocional negativa; nos sujeitos ambivalentes, as memórias eram invadidas por emoções de grande intensidade afectiva, cuja influência alcançava outros aspectos de menor relevância emocional (Mikulincer & Orbach, 1995). De um modo geral, os sujeitos evitantes tendem a suprimir pensamentos negativos como forma de defesa; os resistente-ambivalentes revelam uma hiperactivação automática destas memórias, enquanto que os seguros tendem a tomar consciência destas memórias sem a invasão desestabilizadora de emoções negativas ou defesas desadaptadas (Mikulincer & Orbach, 1995). Mikulincer e Florian (2000) verificaram que o tipo de vinculação dos indivíduos influencia o modo como estes se defendem de estímulos associados à ameaça de morte. Os autores verificaram que os sujeitos inseguros defendem-se desta ameaça através de um maior número de raciocínios lógicos externos e impessoais, proporcionados pela cultura de cada sujeito, e um maior número de ataques a todos aqueles que os ponham em causa, que os indivíduos seguros. Estes últimos respondem à ameaça de morte em termos mais pessoais, perspectivando-a como uma possibilidade de crescimento pessoal, com um maior número de comportamentos de proximidade e intimidade com os outros, tornando esta ameaça, simbolicamente, numa situação controlável e positiva. A dependência dos sujeitos inseguros face a estratégias defensivas impessoais pode reflectir, então, a ausência de um sentimento de confiança em si e nos outros. Moreira e Justo (2000) desenvolveram um estudo sobre a relação entre o tipo de vinculação e o uso diferencial dos mecanismos de defesa, através da aplicação do Inventário de Mecanismos de defesa (D.M.I.) (Justo, 1990, tradução e adaptação do original em língua inglesa *Defense Mechanisms Inventory*,

1968). Verificou-se uma correlação positiva entre os factores preocupação e expectativas negativas e o uso da dimensão TAS – “*turning against self*” (agressividade contra o *self*), em ambos os géneros (Moreira & Justo, 2000). Sendo que o modelo D.M.I. organiza os mecanismos de defesa em termos de agressividade exteriorizada (TAO – “*turning against object*”, ou seja, agressividade contra o objecto e PRÓ – “*projection*”, projecção) e intra-punitiva (agressividade contra o *self*), é pertinente analisar a relação entre a vinculação e aspectos como a hostilidade, projecção e depressão, nos indivíduos. Com base nestes pressupostos o presente estudo pretende verificar se existem diferenças significativas entre sujeitos seguros e inseguros na forma e tipo de mecanismos de defesa utilizados em indivíduos adultos, perante situações de conflito. Assim sendo, colocam-se as seguintes questões:

- Será que os indivíduos com um modelo interno seguro utilizam os vários mecanismos de defesa de uma forma mais equilibrada e flexível?
- Por outro lado, será que os indivíduos com um modelo mental inseguro recorrem mais frequentemente a mecanismos de defesa caracterizados pela projecção (PRO) retorno da agressividade sobre o próprio (agressividade contra o *self*) ou contra os outros (TAO), que os indivíduos seguros?
- Será que os indivíduos com um modelo interno seguro utilizam com maior frequência mecanismos de defesa caracterizados pela intelectualização (PRN – “*principalization*”, ou seja, intelectualização) que os indivíduos inseguros?

MÉTODO

Participantes

Os participantes são 57 sujeitos (30 indivíduos do género masculino e 27 do feminino), entre os 18 e os 29 anos, extraídos de uma população estudantil universitária, inserida no seu meio familiar e social. Todos os participantes são estudantes de psicologia, solteiros, sem filhos, cuja actividade única é a de estudante universitário. A média da idade dos participantes do género masculino, corresponde a 21.33 e o desvio padrão a 2.51. O sujeito masculino mais jovem tem 18 anos e o mais velho 29. Relativamente aos participantes do género feminino, a média corresponde ao valor de 20.78 e o desvio padrão a 1.34. A participante feminina mais jovem tem 18 anos e a mais velha 24. Na altura da realização deste estudo, a maioria (40%) dos participantes masculinos encontrava-se no 1º ano do curso de psicologia e a minoria no 5º ano (3,3%). Relativamente

aos sujeitos do género feminino, a maioria frequentava o 2º académico (63%) e a minoria o 5º ano (3,7%).

Instrumentos

Narrativas sobre as representações da vinculação em adultos (Waters & Rodrigues, 2001).

As narrativas sobre as representações da vinculação em adultos foram desenvolvidas por Harriet Waters e Lisa M. Rodrigues (2001). O objectivo desta metodologia é o de identificar conteúdos de um *script* de base segura e classificar os indivíduos em seguros ou inseguros, de acordo com a presença ou ausência destes elementos nas narrativas elaboradas pelos sujeitos. O protótipo de *script* de base segura é definido pela qualidade da ajuda que a base segura (mãe ou parceiro/a) proporciona ao indivíduo (personagem da história), a lidar com a angústia e ao regresso da situação ao normal, após o surgimento de um momento causador de ansiedade. Nas situações mais positivas, o objectivo da base segura é: (1) facilitar a exploração, promovendo experiências positivas; (2) responder aos pedidos e sinais do indivíduo, modificando o seu comportamento em função destes; (3) reduzir e conter a ansiedade do indivíduo perante situações de ansiedade, facilitando a transição para outras actividades; (4) proporcionar bases explicativas que ajudem a compreender a situação e a regressar à normalidade (Veríssimo, Monteiro, Santos, & Waters, 2005). O conteúdo das narrativas de base segura focaliza-se na interacção entre dois sujeitos, onde existe uma sensibilidade ou percepção do estado emocional da outra pessoa, reciprocidade emocional e cooperação. A simples descrição da sequência de acontecimentos da história não é tido como um elemento de um *script* seguro (Veríssimo et al., 2005). De modo a classificar as representações dos sujeitos, foram desenvolvidos 4 cenários relevantes do ponto de vista da vinculação, acompanhados de um conjunto de 12 palavras sugestivas, de modo a guiar a produção de histórias nos sujeitos. Algumas das palavras guiam os sujeitos no desenvolvimento de um momento de ansiedade (“perda” ou “queda”), cuja ansiedade resultante será ou não resolvida pela base segura do sujeito. Os cenários são: “A manhã do bebé”; “No consultório médico”; “O acampamento da Joana e do Pedro”; “O acidente”. Os dois primeiros referem-se à interacção mãe-criança e os outros dois à interacção adulto/adulto. Foram, ainda, desenvolvidos mais 2 cenários (“O passeio no parque” e “Um dia nas compras”), sem relevância do ponto de vista da vinculação, mas que ajudam os sujeitos a compreender o objectivo do trabalho e permitem ao investigador testar a qualidade da sua instrução e avaliar a possível influência de

outras variáveis na produção de histórias sobre a vinculação, como a qualidade do discurso e capacidade semântica dos sujeitos.

Relativamente à classificação, as histórias com classificações mais elevadas são as com conteúdos de base segura mais extensos e uma reciprocidade emocional forte. Histórias com uma classificação mais baixa, terão menos elementos de base segura. As histórias com classificações mais baixas podem apresentar: (1) falhas na coerência da sequência dos acontecimentos, (2) falhas a nível dos conteúdos emocionais, com falta de acompanhamento ou reacção da personagem da base segura; (3) eliminação do parceiro como participante activo na história; (4) redirecção do foco da história para si próprio (Veríssimo et al., 2005). A classificação das histórias é feita ao longo de uma escala de 1 a 7 pontos. Do 1 ao 3, as narrativas são classificadas como inseguras, sendo que as mais bizarras são cotadas como 1, as inseguras como 2 e as que obedecem à descrição da sequência de acontecimentos da história, como 3. A classificação 4, corresponde ao *script* com os elementos securizantes mínimos e a pontuação 7, às histórias com todos os elementos de um *script* de base segura.

Inventário de Mecanismos de defesa – Defense Mechanisms Inventory (DMI)

O Inventário de Mecanismos de Defesa (Justo, 1990, tradução e adaptação do original em língua inglesa *Defence Mechanisms Inventory*, 1968) é constituído por 10 pequenas histórias hipotéticas, seguidas de quatro questões, com 5 opções de resposta cada:

- 1) “Qual seria a sua reacção (comportamento real)?”
- 2) “Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?”
- 3) “Que coisas lhe passariam pela cabeça?”
- 4) “Como se sentiria e porquê?”

Cada história, com as respectivas quatro questões e opções de resposta, apresentam-se em folhas separadas. As 10 histórias representam 6 áreas de conflito:

- 1) *Situacional*: (histórias “b” e “t”), onde as necessidades de segurança física do sujeito são ameaçadas por eventos imprevisíveis na realidade externa;
- 2) *Com a autoridade*: (“a” e “p”), onde a assertividade do sujeito pode conduzir a punições;

- 3) *Independência*: (“u” e “f”), onde a satisfação das necessidades de expressão individual do sujeito se encontra associada ao risco de uma maior privação;
- 4) *Competição*: (“m” e “c”), onde a ambição do sujeito é ameaçada pelo medo de falhar ou de humilhação;
- 5) *Feminilidade*: (“e” e “d”, para a versão feminina), onde a expressão da identidade sexual do sujeito é ameaçada pela rejeição sexual;
- 6) *Masculinidade*: (“s” e “g”, para a versão masculina), onde a expressão da identidade sexual do sujeito é ameaçada pela rejeição sexual.

Cada conflito é representado uma vez nas 5 primeiras histórias e uma segunda vez, nas 5 seguintes. As versões feminina e masculina são semelhantes em 8 das 10 histórias, tanto a nível das histórias como das alternativas de respostas, excepto em duas delas (“e” e “d” para as mulheres; “s” e “g”, para os homens). O inventário obedece a um sistema de escolha múltipla e as instruções, na primeira folha do inventário, indicam os sujeitos a escolher entre duas opções, das 5 possíveis respostas para cada pergunta: a que se encontra mais perto do que fariam e a que se encontra mais longe. Os sujeitos registam as suas opções numa folha de resposta, apresentada no final. Nesta, a opção mais próxima do sujeito assume a forma de M (“more”, ou seja, “mais”) e a mais afastada, a de L (“less”, ou seja “menos”). O D.M.I. avalia 5 grupos de mecanismos de defesa, baseando-se nas respostas dos sujeitos a conflitos interpessoais hipotéticos. Estes são:

- 1) TÃO – Agressividade contra o objecto (*Turning against the object*): Esta categoria defensiva pressupõe a expressão directa ou indirecta da agressividade sobre um objecto, com o objectivo de controlar ameaças externas. Inclui os mecanismos de defesa clássicos da identificação com o agressor e o deslocamento.
- 2) PRO – Projecção (*Projection*): Caracteriza-se pela atribuição de características ou intenções negativas aos outros, presumivelmente, as recusadas no *self* do sujeito. Esta categoria pressupõe que a atribuição feita pelos indivíduos seja acompanhada por hostilidade e rejeição.
- 3) PRN – Intelectualização, separação conteúdo do afecto (*Principalization*): Esta categoria falsifica a realidade, ao reinterpretá-la de acordo com uma variedade de princípios generalistas, abstractos, que permitem alcançar um controlo racional dos conflitos. A “Principalization” inclui os processos defensivos clássicos da intelectualização, isolamento, com separação conteúdo do afecto.
- 4) TAS – Agressividade contra o self (*Turning against self*): Esta categoria inclui os mecanismos intrapunitivos, como a auto-crítica, expectativas

negativas e afecto depressivo, utilizados de forma persistente pelos indivíduos.

- 5) REV – Negação, formação reactiva e repressão (*Reversal*): Esta categoria inclui as defesas que permitem responder ao conflito de uma forma positiva ou neutra, face a realidades internas ou externas frustrantes. A negação, formação-reativa e repressão, incluem-se nesta categoria.

Para cada sujeito, o total de respostas M deve ser igual a 40, assim como o de respostas L. A soma total das 5 sub-escalas deve corresponder a 200 valores.

PROCEDIMENTO

Os participantes foram convidados a contar 6 histórias, baseadas em listas de palavras (narrativas). As histórias foram gravadas com a permissão destes. Todas as histórias foram transcritas e cotadas por dois observadores. Foi obtida uma média para cada história e no final calculado um valor total médio das quatro histórias. No final da entrevista, era entregue aos sujeitos um exemplar do segundo instrumento, o D.M.I., para que preenchessem em casa e o entregassem num local comum ao sujeito e à primeira autora do trabalho. Todas as narrativas foram cotadas por dois investigadores treinados pela autora do instrumento.

RESULTADOS

Os sujeitos com uma média superior a 3 no valor total das narrativas foram considerados seguros. Relativamente ao nível de segurança da relação de vinculação, existem neste estudo 33 sujeitos seguros (15 homens e 18 mulheres) e 24 sujeitos inseguros (15 homens e 9 mulheres).

Na Tabela 1 encontram-se registados os resultados da Anova *Two-Way* para a relação entre as variáveis independentes (género e nível de segurança) e as 5 sub-escalas do D.M.I. Não encontramos nenhum efeito de interacção. Verificamos que existem diferenças significativas entre o género dos sujeitos, relativamente à utilização das sub-escalas do D.M.I., excepto na sub-escala negação, formação reactiva e repressão. Relativamente à variável nível de segurança, não se verificam diferenças significativas entre os sujeitos seguros e inseguros, em nenhuma das 5 sub-escalas.

Tabela 1

Resultados da Anova two-way para a relação entre as variáveis independentes (género e nível de segurança) e as 5 sub-escalas do D.M.I.

Variável	DMI	F	p
Sexo	TAO	3.73	0.059
	PRO	6.48	0.014
	PRN	10.43	0.002
	TAS	4.18	0.046
	REV	0.15	0.695
Seg.	TAO	0.33	0.566
	PRO	0.06	0.805
	PRN	3.01	0.088
	TAS	0.73	0.396
	REV	0.24	0.626
Sex*Seg.	TAO	0.01	0.894
	PRO	2.21	0.143
	PRN	0.17	0.681
	TAS	0.48	0.490
	REV	3.26	0.076

A Figura 1 apresenta o perfil de utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., relativamente aos sujeitos seguros. Após a análise desta figura, verifica-se que os sujeitos seguros apresentam uma utilização relativamente homogénea das 5 sub-escalas do D.M.I. Não se regista a mobilização rígida e inflexível de nenhum dos mecanismos de defesa, já que os valores médios para cada sub-escala se aproximam uns dos outros. Embora os sujeitos apresentem um perfil relativamente equilibrado, verifica-se que as sub-escalas mais utilizadas são a PRN (intelectualização, separação conteúdo do afecto) e a TAO (agressividade contra o objecto). Por outro lado, REV (negação, formação reactiva e repressão) e a TAS (agressividade contra o *self*), são as menos mobilizadas pelos participantes da amostra.

Na Figura 2 encontra-se registado o perfil de utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., para os sujeitos inseguros. Após a análise da Figura 2 verifica-se que os sujeitos inseguros apresentam um perfil relativamente homogéneo na utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., não se registando uma mobilização rígida e centrada em nenhuma das defesas. Apesar de equilibrado, o perfil dos sujeitos inseguros privilegia, ligeiramente, a sub-escala PRN e a TAO, em detrimento da REV. Após a análise das Figuras 1 e 2, verifica-se que os sujeitos de ambos os grupos utilizam as 5 sub-escalas do D.M.I. de uma forma equilibrada e flexível, não se registando uma mobilização rígida ou centrada em nenhuma das defesas. Tendo em conta que cada indivíduo utiliza múltiplos mecanismos de defesa simultaneamente e não apenas uma sub-escala isoladamente, ainda mais, tratando-se esta de uma amostra de características não psicopatológicas, em que, do ponto de vista

teórico, a utilização rígida e inflexível das defesas não se verifica, é pertinente analisar os participantes em função de um perfil, em que as 5 sub-escalas do D.M.I são consideradas de forma simultânea para cada sujeito. A análise de *clusters* trata-se de uma técnica multivariada que examina e revela a diversidade comportamental existente na amostra, permitindo a identificação de grupos de indivíduos com comportamentos semelhantes, expressos através de perfis distintos. A análise de clusters realizada na amostra em questão, permitiu identificar 5 grupos e 5 perfis distintos na utilização das 5 sub-escalas do D.M.I.

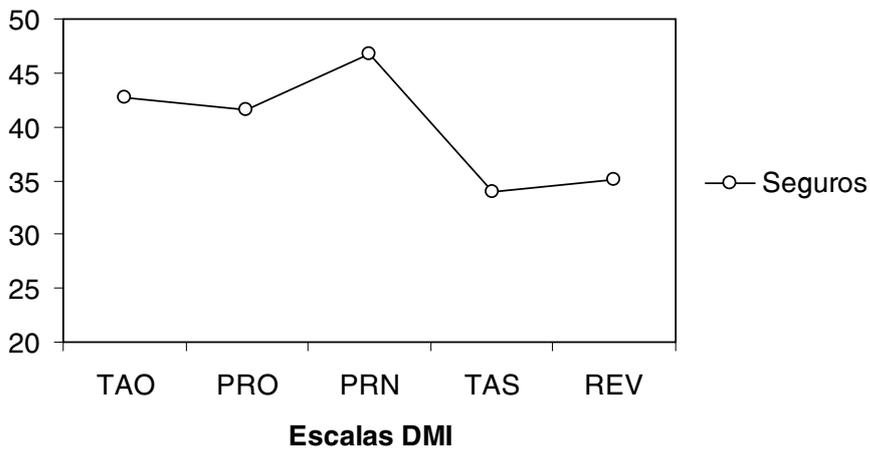


Figura 1. Perfil de utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., para sujeitos seguros

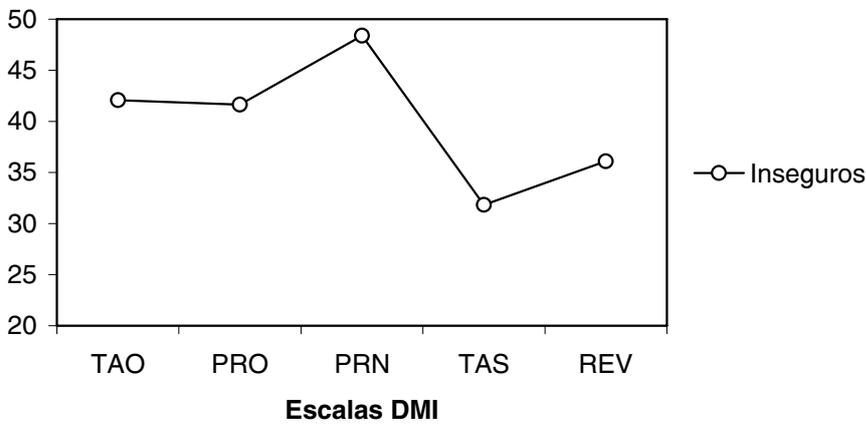


Figura 2. Perfil de utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., para os sujeitos inseguros

No Quadro 1 encontram-se registadas as médias e desvio-padrões para cada um dos 5 perfis encontrados, relativamente a cada uma das sub-escalas do D.M.I. Após a sua análise, verifica-se que na sub-escala TAO, os sujeitos do perfil 4 registam o valor médio mais elevado (52.92), seguidos dos do perfil 5 (46.38), perfil 1 (42.00), perfil 2 (41.38) e perfil 3 (6.40). Na sub-escala PRO, os sujeitos do perfil 2 e 4 apresentam os valores médios mais elevados, 49.13 e 46.33, respectivamente, seguidos do perfil 1 (41.33) e 5 (39.13). Os sujeitos do perfil 3 registam a média mais reduzida (36.75) nesta sub-escala. Relativamente à PRN, os sujeitos do perfil 3 apresentam o valor médio mais elevado (51.20), seguido do perfil 5 (49.38), perfil 1 (47.56), perfil 2 (43.00) e, finalmente, o perfil 4 (42.83). Na sub-escala TAS, o valor médio mais elevado encontra-se associado aos sujeitos do perfil 3 (37.95), seguido do perfil 5 (33.75), perfil 2 (33.50), perfil 4 (29.75) e do perfil 1 (25.78). Finalmente, na sub-escala REV, os sujeitos do perfil 1 apresentam a média de valor superior (43.33), seguido do perfil 3 (38.95), perfil 2 (33.00), perfil 5 (31.38) e perfil 4 (28.17).

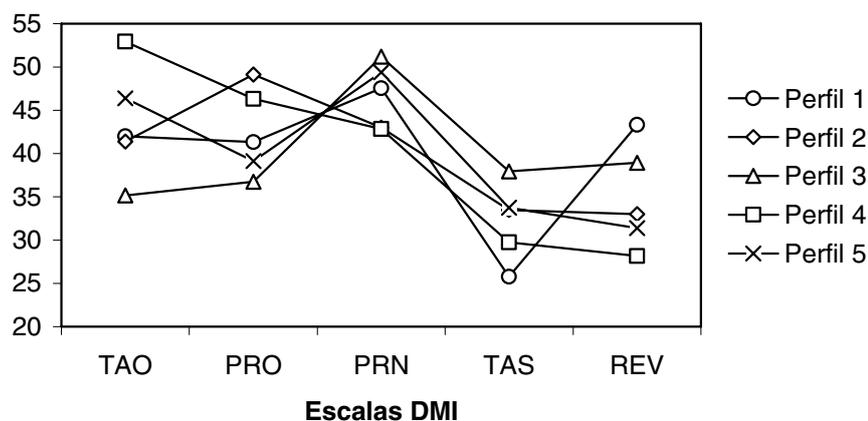
Tabela 2

Médias e desvio-padrões dos 5 perfis do D.M.I., encontrados através de uma análise de clusters na amostra, para cada uma das 5 sub-escalas do D.M.I.

DMI	Perfil	N	Média	D.P.
TAO	1	9	42.00	4.77
	2	8	41.38	4.30
	3	20	35.15	6.40
	4	12	52.92	4.05
	5	8	46.38	2.92
PRO	1	9	41.33	4.09
	2	8	49.13	3.35
	3	20	36.75	4.94
	4	12	46.33	5.05
	5	8	39.13	0.83
PRN	1	9	47.56	3.81
	2	8	43.00	3.54
	3	20	51.20	3.67
	4	12	42.83	3.73
	5	8	49.38	4.65
TAS	1	9	25.78	3.56
	2	8	33.50	3.29
	3	20	37.95	4.63
	4	12	29.75	6.78
	5	8	33.75	4.46
REV	1	9	43.33	6.12
	2	8	33.00	2.39
	3	20	38.95	3.18
	4	12	28.17	5.82
	5	8	31.38	3.77

No intuito de melhor compreender a utilização dos mecanismos de defesa pelos participantes, utilizámos uma análise de tipo qualitativo-classificatório, especificamente, a análise hierárquica de clusters. Esta técnica de análise multivariada examina e revela a diversidade comportamental existente na amostra, possibilitando a identificação de grupos de sujeitos que utilizam os mecanismos de defesa de forma semelhante. Na Figura 3 apresenta-se a análise conjunta dos 5 perfis dos mecanismos de defesa D.M.I, encontrados através de uma análise de *clusters*. Após a sua análise, verifica-se que os sujeitos do perfil 1 utilizam, predominantemente, a sub-escala PRN ($M=43.33$; $D.P.=6.12$), seguida da REV ($M=43.33$; $D.P.=6.12$), da TAO ($M=42$; $D.P.=4.77$) e da PRO ($M=41.33$; $D.P.=4.09$). A sub-escala menos utilizada pelos sujeitos do perfil 1 é a TAS ($M=25.78$; $D.P.=3.56$). Os sujeitos do perfil 2 utilizam, maioritariamente, a sub-escala PRO ($M=49.13$; $D.P.=3.35$), seguida da PRN ($M=43$; $D.P.=3.54$), da TAO ($M=41.38$; $D.P.=4.30$) e da TAS ($M=33.50$; $D.P.=3.29$). A sub-escala REV é a menos utilizada pelos sujeitos do perfil 2 ($M=33$; $D.P.=2.39$). Os sujeitos do perfil 3 utilizam, maioritariamente, a sub-escala PRN ($M=51.20$; $D.P.=3.67$), seguida da REV ($M=38.95$; $D.P.=3.18$), da TAS ($M=37.95$; $D.P.=4.63$) e da PRO ($M=36.75$; $D.P.=4.94$). A sub-escala TAO é a que regista os valores mais baixos deste perfil ($M=35.15$; $D.P.=6.40$). Os sujeitos do perfil 4 utilizam, principalmente, a sub-escala TAO ($M=52.92$; $D.P.=4.05$), seguida da PRO ($M=46.33$; $D.P.=5.05$), PRN ($M=42.83$; $D.P.=3.73$), TAS ($M=29.75$; $D.P.=6.78$) e da REV ($M=28.17$; $D.P.=5.82$). Finalmente, os sujeitos do perfil 5 utilizam, preferencialmente, as sub-escalas PRN ($M=49.38$; $D.P.=4.65$) e TAO ($M=46.38$; $D.P.=2.92$), seguidas da PRO ($M=39.13$; $D.P.=0.83$) e da TAS ($M=33.75$; $D.P.=4.46$). A sub-escala REV é a que apresenta o valor médio mais reduzido ($M=31.38$; $D.P.=3.37$). De um modo geral, verifica-se que os sujeitos dos 5 perfis utilizam, preferencialmente, a sub-escala PRN. Esta regista os valores médios mais elevados para todos os grupos de sujeitos, excepto no perfil 2 ($M=43.00$; $D.P.=3.54$) e 4 ($M=42.83$; $D.P.=3.73$), em que esta sub-escala ocupa a segunda e terceira posição, respectivamente, no rol de preferências dos sujeitos destes grupos. Por outro lado, a sub-escala REV regista os valores médios mais baixos para a maioria dos sujeitos dos 5 perfis, excepto os do perfil 1 ($M=43.33$; $D.P.=6.12$) e 3 ($M=38.95$; $D.P.=3.18$), em que esta sub-escala ocupa a segunda posição no rol de preferência dos sujeitos dos dois grupos. É curioso referir que a sub-escala TAS ocupa uma posição intermédia no rol de preferência da maioria dos sujeitos dos 5 perfis. Esta sub-escala ocupa a quarta posição para todos os perfis, excepto no perfil 1 ($M=25.78$; $D.P.=3.56$) e no perfil 3 ($M=37.95$; $D.P.=4.63$), em que a TAS se encontra na quinta e terceira posições, respectivamente. Finalmente, as sub-escalas TAO e PRO são as que registam maiores divergências entre os sujeitos dos 5 perfis, no que se refere à posição que estas ocupam

no rol de preferências da sua utilização. A análise de variância demonstrou a existência de diferenças significativas em todas as sub-escalas do D.M.I



encontrados através de uma análise de clusters

A análise de variância entre as médias das histórias mãe/criança, adulto/adulto e segurança geral em função dos 5 perfis do DMI permitiu verificar uma diferença significativa ao nível das histórias sobre a interacção mãe/criança [$f(52,4)=2,63, p<0.05$], os sujeitos do perfil 2 apresentam um nível de segurança mais elevado que o dos restantes ($M=8.12$; $D.P.=2.39$), seguidos do perfil 5 ($M=6.79$; $D.P.=1.28$), do perfil 3 ($M=6.56$; $D.P.=1.40$) e do perfil 1 ($M=6.06$; $D.P.=0.90$). Por outro lado, os sujeitos do perfil 4 registam o valor médio e o nível de segurança mais baixos ($M=5.80$; $D.P.=2.06$). Nas histórias sobre a interacção adulto/adulto, assim como nas histórias sobre a interacção adulto/adulto, não se encontraram diferenças significativas.

DISCUSSÃO

O objectivo deste trabalho centrou-se no estudo da mobilização de diferentes mecanismos de defesa, perante situações hipotéticas de conflito, em jovens adultos universitários, na tentativa de compreender se existem diferenças significativas em função do seu nível de segurança vincutivo. Após a análise estatística dos dados, não se registaram diferenças significativas entre sujeitos seguros e inseguros na utilização das 5 sub-escalas do D.M.I. Estes resultados sugerem que a escolha e mobilização dos mecanismos de defesa perante situações de conflito, poderá estar

associada a múltiplas variáveis, nomeadamente, a personalidade, auto-estima, sentimentos de confiança ou desconfiança face ao mundo e a história de vida dos sujeitos. Provavelmente, a qualidade do modelo interno vincutivo dos indivíduos poderá funcionar como uma variável moderadora entre estes aspectos e a mobilização de determinadas defesas. O nível de segurança vincutivo dos indivíduos poderá refrear ou exacerbar o impacto negativo que determinados acontecimentos traumáticos ou transformadores de vida (situações causadores de grande stress, perda de um dos progenitores, instabilidade familiar, falta de recursos sócio-económicos), ou que certas características de personalidade, exercem sobre o funcionamento mental dos sujeitos, operando de forma indirecta na mobilização de determinadas defesas. A vinculação poderá não exercer uma influência directa sobre a forma e o tipo de defesas mobilizadas pelos indivíduos, operando, indirectamente, através da auto-imagem e das atitudes face ao mundo. A ocorrência de uma acção indirecta por parte da variável vinculação explicaria, em parte, a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos. Num trabalho futuro, sugere-se a análise de outros aspectos para além dos abordados neste estudo, nomeadamente a personalidade dos sujeitos, auto-estima, atitudes face ao mundo e as relações em geral, a sua história pessoal (situações de luto, por exemplo), suporte social, ou a qualidade de outras relações com figuras significativas ou irmãos.

No entanto, após a realização de uma análise de *clusters* à amostra deste estudo, registaram-se diferenças significativas no nível de segurança dos 5 perfis de utilização das sub-escalas do D.M.I., nas histórias sobre a interacção mãe/criança. Provavelmente, apenas se registaram diferenças significativas nas histórias sobre a interacção mãe/criança, em detrimento das histórias adulto/adulto, devido à importância da relação primária no funcionamento mental e no desenvolvimento dos indivíduos. De acordo com Bowlby (1982), a qualidade da relação primária com a figura de vinculação assume tal importância no desenvolvimento dos indivíduos, que funciona como uma espécie de protótipo, responsável pela criação de expectativas positivas ou negativas, atitudes favoráveis ou desfavoráveis e sentimentos de confiança ou desconfiança, perante a formação futura de outros laços afectivos, durante a idade adulta. Assim sendo, dada a importância desta relação, é compreensível que as diferenças se tenham registado nas histórias sobre a interacção mãe/criança. Nas histórias sobre a interacção mãe/criança, verifica-se que os sujeitos que registam um maior nível de insegurança são os do perfil 4. Este perfil caracteriza-se por uma preferência na utilização das sub-escalas TAO (agressividade contra o objecto) e PRO (projectão), seguidas da PRN (intelectualização, separação conteúdo do afecto), TAS (agressividade contra o *self*) e finalmente a REV (negação, formação reactiva e repressão). Estes resultados vão de encontro às nossas questões iniciais, uma vez que os sujeitos mais inseguros dos 5 perfis

caracterizam-se por um perfil que privilegia a utilização da agressividade contra o objecto e da projecção. De facto, Mikulincer, Florian, e Weller (1993), também registaram índices mais elevados de agressividade e raiva em indivíduos inseguros, face a situações de stress, comparativamente aos seguros. Estes sujeitos, ao possuírem um modelo mental mais inseguro, percebem as realidades interna e externa de um modo mais desvalorizante e ameaçador que os mais seguros, sentindo maior necessidade de se defenderem através de mecanismos que favorecem a externalização da agressividade. De acordo com Bowlby (1982), os indivíduos inseguros transformam a raiva de esperança (resposta funcional), na raiva de desespero (resposta disfuncional), tornando-se desconfiados e hostis, podendo reagir de forma agressiva, perante o comportamento dos outros. Por outro lado, os sujeitos que registam o maior nível de segurança dos 5 perfis, são os do perfil 2. Este perfil caracteriza-se por uma preferência na utilização das sub-escalas PRO e PRN, seguidas da TAO e da TAS. A REV é a sub-escala menos utilizada pelos sujeitos do perfil com maior nível de segurança. Estes resultados não vão de encontro aos do estudo realizado por Mikulincer e Horesh (1999), onde os sujeitos seguros revelavam menor tendência para distorcer a sua representação da realidade externa pelos mecanismos de projecção ou identificação projectiva, que os inseguros. Por outro lado, os sujeitos mais seguros são aqueles que desenvolvem histórias caracterizadas por um número elevado de elementos securizantes, não se limitando a descrever uma sequência de acontecimentos, baseados nas palavras apresentadas. Apesar de não se verificarem diferenças significativas entre o nível de segurança dos sujeitos e a utilização das 5 sub-escalas do D.M.I., registaram-se diferenças significativas em função do género dos sujeitos, excepto na negação, formação reactiva e repressão. Os homens utilizam mais a agressividade contra o objecto e a projecção que as mulheres e estas mobilizam mais a intelectualização, separação conteúdo do afecto e a agressividade contra o *self* que os homens. Estes resultados vão de encontro à investigação realizada na área dos mecanismos de defesa com base no modelo D.M.I., onde também se registaram diferenças na utilização da agressividade contra o objecto, da projecção e da agressividade contra o *self* entre homens e mulheres. Os indivíduos do género masculino registam valores mais elevados nas defesas tipicamente agressivas (agressividade contra o objecto e projecção), do que os do género feminino, em amostras de adolescentes estudantes universitários e adultos (Ihilevich & Gleser, 1986). Estes resultados podem estar associados ao género e papel social que cada um dos géneros desempenha na sociedade (Evans, 1982). Por outro lado, as defesas intra-punitivas (agressividade contra o *self*) são consideradas como características do comportamento feminino, uma vez que existe uma maior tendência nas mulheres do que nos homens para reagir à frustração através da culpa (Mosher, 1968, citado por Ihilevich & Gleser,

1986), provavelmente, devido a condicionantes culturais e sociais. Finalmente, também não se registaram diferenças significativas entre os géneros na sub-escala negação, formação reactiva e repressão, o que vai ao encontro da evidência empírica actual (Ihilevich & Gleser, 1986). Relativamente à questão que propunha que os indivíduos com um modelo interno seguro teriam mais probabilidade de utilizar os vários mecanismos de defesa de uma forma equilibrada e flexível (não mobilizando um grupo(s) em particular), do que os indivíduos inseguros, verificou-se que os sujeitos de ambos os grupos mobilizam as diferentes sub-escalas do D.M.I. de uma forma muito semelhante, em termos da flexibilidade da sua utilização. Em nenhum dos grupos se verifica a utilização acentuada ou exclusiva de uma sub-escala em particular. Os valores das diferentes sub-escalas aproximam-se uns dos outros, registando-se um perfil de utilização equilibrado em ambos os grupos. Os resultados obtidos neste estudo poderão reflectir a qualidade do funcionamento mental dos sujeitos, retirados de uma população normal, ou seja, com ausência de psicopatologia, inserida no seu meio familiar e social. De acordo com Bergeret (1997) a saúde mental baseia-se no uso adequado de um grande número de mecanismos de defesa. Segundo a autora, a utilização de mecanismos de defesa não se encontra associada, exclusivamente, à psicopatologia, mas é promotora da adaptação, equilíbrio e protecção do ego em indivíduos saudáveis. É, antes, a inflexibilidade, rigidez, má adaptação às realidades externas e internas do indivíduo e a utilização restrita de defesas do mesmo tipo, que caracteriza a patologia. Por outro lado, não se registam diferenças entre os sujeitos seguros e inseguros na forma como mobilizam as suas defesas, uma vez que a vinculação insegura não deve ser considerada por si só uma medida na internalização ou externalização da psicopatologia, mas como um factor que, juntamente com outros elementos de risco, define uma trajectória no âmbito da saúde mental (Rutter, 1985, citado por Greenberg, 1999). A terceira e quarta questões propunham que os indivíduos com um modelo mental inseguro teriam mais probabilidades de recorrer à projecção, à agressividade contra o *self* e à agressividade contra o objecto que os indivíduos seguros, tendo estes últimos mais probabilidades de utilizar defesas caracterizadas pela intelectualização, separação conteúdo do afecto, que os indivíduos inseguros. Os resultados deste estudo revelam que em ambos os grupos, os mecanismos de defesa mais utilizados são, primeiramente, a PRN e depois a TAO. A PRO ocupa a terceira posição na lista de preferência, seguido da REV e, finalmente, da TAS. A mobilização preferencial destes mecanismos poderá estar associada a aspectos relacionados com a saúde mental, idade e estatuto sócio-económico dos participantes. Assim sendo, compreende-se que a sub-escala tenha sido a mais utilizada pelos sujeitos de ambos os grupos, uma vez que este foi considerado o mecanismo de defesa promotor de um melhor funcionamento psicossocial, encontrando-se asso-

ciado a variáveis como a assertividade e a estabilidade emocional (Ihilevich & Gleser, 1986). Tratando-se esta de uma amostra não patológica, é compreensível que a esta tenha sido a sub-escala mais mobilizada pelos sujeitos. A realização deste trabalho contribuiu para a reflexão sobre a complexidade e continuidade dinâmica do desenvolvimento humano. A ausência de diferenças significativas entre os dois grupos permite-nos pensar sobre a possibilidade de perspectivarmos a segurança da vinculação enquanto um processo não determinista, que traça, à priori as linhas do funcionamento mental dos sujeitos de forma linear e os divide em dois tipos mutuamente exclusivos: os seguros e inseguros. Ao contrário desta perspectiva tipológica, Sroufe e Waters (1977) consideram a vinculação como um constructo organizacional, onde a ênfase é colocada na organização do comportamento e não no registo quantitativo de comportamentos discretos (toque, sorriso, aproximação, choro, etc.) entre a mãe e a criança. Segundo estes autores a vinculação não se assume como um traço estático, mas antes como um processo contínuo, uma variável interveniente e integrativa no desenvolvimento de comportamentos. Ao considerarmos a vinculação como um processo não determinista, diminuímos a tendência, tão frequente no senso comum, em considerar determinados comportamentos como desadaptados ou em associar um maior índice de psicopatologia aos sujeitos inseguros, em detrimento dos seguros. De facto, Rutter (1985), defende que a vinculação insegura não deve ser considerada por si só como uma medida na internalização ou externalização da psicopatologia, mas como um factor que, juntamente com outros elementos de risco, define uma trajectória no âmbito da saúde mental. Numa perspectiva processual contínua, os sujeitos inseguros não constituem um tipo mutuamente exclusivo em relação aos seguros e não se caracterizam por maiores índices de psicopatologia, logo, não utilizam defesas mais primárias ou menos sofisticadas do ponto de vista cognitivo, como se verificou neste estudo. Futuramente, sugere-se a realização de outro trabalho sobre a relação entre vinculação e mecanismos de defesa, onde a análise dos níveis de ansiedade dos sujeitos, sintomas depressivos ou a introdução de um grupo psicopatológico, se verificasse.

Os resultados deste estudo revelaram que os sujeitos de ambos os grupos utilizam os diferentes mecanismos de defesa em proporções muito semelhantes, não se registando uma utilização restrita ou centrada em uma das sub-escalas. Estes dados permitem-nos concluir que as defesas, por si só, não devem ser caracterizadas como primárias ou secundárias, patológicas ou salutares, mais sofisticadas cognitivamente ou menos sofisticadas, mas antes a sua utilização pode ser mais ou menos adaptada do ponto de vista psicossocial. Por outro lado, os resultados deste trabalho alertam para a importância do estudo dos mecanismos de defesa sob a forma de perfis defensivos, uma vez que as diferenças encontradas entre os dois

grupos, apenas se registaram quando as 5 sub-escalas foram consideradas em conjunto sob forma de perfis, para cada um dos sujeitos. À semelhança da vinculação, também o estudo dos mecanismos de defesa deve ser analisado como um processo contínuo, em que a saúde mental se baseia no uso adequado de um grande número de estratégias defensivas. Os resultados deste trabalho vão ao encontro das ideias de Bergeret (1997) e Klein (1921), quando estes afirmam que é a utilização excessiva de um mecanismo, em termos de frequência, força da onipotência e grau de sadismo utilizado, que caracteriza a patologia e não os mecanismos de defesa por si só. Uma vez que a redução da ansiedade e a adaptação do indivíduo ao meio são as duas principais funções dos mecanismos de defesa, o estudo da relação entre vinculação e mecanismos de defesa revela-se promissor e importante para o desenvolvimento de terapias contra a ansiedade, baseadas na teoria de Bowlby.

BIBLIOGRAFIA

- Bergeret, J. (1997). *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press. (Original work published in 1969).
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Feeney, J. (1994). Adult romantic and couple relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment Processes in Adulthood – Advances in Personal Relationships*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fraley, R.C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1080-1091.
- Freud, A. (1949). *Le moi et les mécanismes de défense*. Presses Universitaires de France (Obra original publicada em 1936).
- Greenberg, M. (1999). Attachment and Psychopathology in childhood. In J. Cassidy & W. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment*. Jessica Kingsley Publishers.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and others: Fundamental dimension underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 430-445.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. (1986). *Defense Mechanisms: Their classifications, correlates, and measurement with Defense Mechanisms Inventory*. Owosso (Michigan): DMI Associates.
- Justo, J. (1990). *Inventário de Mecanismos de Defesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. (Tradução e adaptação autorizada do original em língua inglesa *D.M.I. (Defense Mechanisms Inventory, 1968)*).
- Kirkpatrick, L.A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships, 1*, 123-142.

- Klein, M. (1921). The development of a child. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 419-474.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Guillis, G.R., & Fleming, W.S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short term stability, maternal and infant correlates, and risk related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.
- McCrae, R.R. (1982). Age differences in the use of mechanisms of defense. *Journal of Gerontology*, 37, 454-460.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817-826.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1995). Appraisal and coping with real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 408-416.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 917-925.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 513-524.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 1022-1034.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 260-273.
- Moreira, J.M., & Justo, J.M. (2000). *In self defense? Attachment style and differential use of defense mechanisms*. Poster presented at the International Conference on Personal Relationships, University of Queensland, Brisbane, Australia, June 27-July 2, 2000.
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H., & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 5-21.
- Siqueland, L., Rynn, M., & Diamond G.S. (2004). Cognitive behavioural and attachment based family therapy for anxious adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., & Wilson, C.L. (2003). Changes in attachment orientations across the transition to parenthood. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 317-331.

- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Sroufe, A., & Waters, E. (1977). Attachment as an Organizational Construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, A. (1988). The Role of Infant-Caregiver Attachment in Development. In Belsky & Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Spitz, R.A. (1961). Some early prototypes of ego defenses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 626-651.
- Troisi, A., & D'Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: The role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79, 269-272.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Santos, A.J., & Waters, H. (2005). Coordenação entre modelo dinâmico interno da mãe e o de base segura dos seus filhos. *Análise Psicológica*, XXIII(3), 85-95.
- Waters, E., & Cummings, M. (2000). A secure base to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.

ABSTRACT

This work studies the relationship between attachment and defence mechanisms mobilized in hypothetical situations of conflict by 57 young college students: 33 secure participants (15 men and 18 women) and 24 insecure ones (15 men and 9 women). Two instruments were applied: the narratives on attachment representations in adults (in the situations of mother/child and adult/adult interactions), and the Inventory of Mechanisms of Defence (D.M.I.) (Justo, 1990, translation and adaptation from the original English version, *Defence Mechanisms Inventory*, 1968). After a clusters analysis of the data, which divided the participants in 5 different defensive profiles based on the D.M.I. sub-scales, significant differences showed up between attachment security in the stories about mother/infant and the 5 profiles, but not between the stories about adult/adult interaction or general security. The participants diverged significantly according to their gender in all the sub-scales of the D.M.I., except in the REV – “reversal” sub-scale (denial, repression).

Key-words: Adults. Attachment. Internal working models. Mechanisms of defence.

A PROPÓSITO DE DOENÇA BIPOLAR

Um caso clínico

M. Crujo *

C. Cordovil *

RESUMO

*A Perturbação Bipolar (PB) em idade pediátrica tem sido alvo de contro-
vêrsia entre a comunidade científica, sendo a sua existência enquanto entidade
nosológica individual, na mesma faixa etária, apenas considerada recentemente.
No entanto, o seu diagnóstico reveste-se de grande dificuldade, uma vez que o
quadro clínico assume contornos distintos do descrito para a idade adulta e, por
outro lado, pode haver uma grande variabilidade – ora na apresentação
interindividual, ora intraindividual ao longo do tempo – e uma elevada
co-morbilidade com outras doenças psiquiátricas.*

*É ainda reduzido o número de estudos existente, sendo a maioria restrospec-
tivos e apontando para uma prevalência de 1-3% em crianças/ adolescentes entre
os 5 e os 17 anos de idade, com maior preponderância no género masculino, na
proporção de 2:1. É consensual que a perturbação evolui cronicamente, pautada
por recidivas e remissões, apesar de ainda não haver total consenso clínico de
que a PB em idade pediátrica evolua para um quadro de PB clássico no adulto.*

*Pretende-se, com este trabalho, fazer uma breve revisão teórica sobre PB em
idade pediátrica, ilustrando-a com uma vinheta clínica sugestiva, onde se
evidenciam o funcionamento da estrutura familiar e a sua eventual influência no
prognóstico da mesma perturbação.*

Palavras-chave: Adolescente. Criança. Doença bipolar. Funcionamento
familiar.

* Internas de Pedopsiquiatra, área de Pedopsiquiatria do CHLC, EPE – HDE, Lisboa.

INTRODUÇÃO

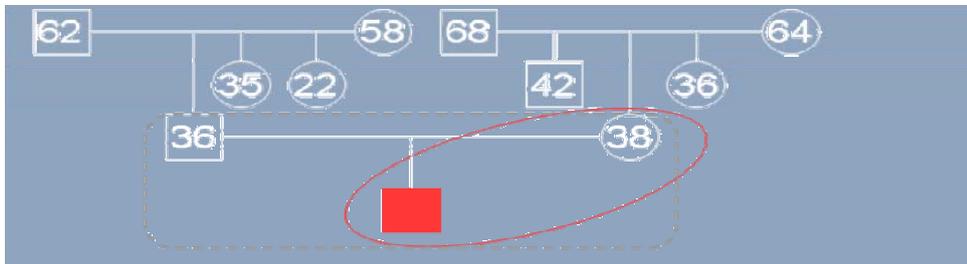
A Perturbação Bipolar (PB), em idade pediátrica, é um desafio de diagnóstico e, entre a comunidade científica, é ainda alvo de acesa controvérsia. O presente trabalho pretende, assim, efectuar uma breve revisão teórica sobre PB em idade pediátrica, ilustrando-a com uma vinheta clínica, onde se refere o funcionamento da estrutura familiar e a sua eventual influência no prognóstico da mesma perturbação.

VINHETA CLÍNICA

O Tiago, de 6 anos e 11 meses de idade, é trazido à consulta, pela primeira vez, no dia 28 de Novembro de 2007, pela mãe. Trata-se de uma família nuclear, em que ele é filho único; as características sócio-económicas correspondem a um Índice de *Graffar* III. O pai é português, tem 36 anos, completou o 9º Ano de escolaridade, é trabalhador na construção civil, e encontra-se em Madrid desde Maio de 2005 e por tempo indefinido. A mãe é portuguesa, tem 38 anos, estudou também até ao 9º Ano e é cabeleireira; os pais estão casados. O Tiago frequenta o 2º Ano de escolaridade.

O Tiago era acompanhado por um psicólogo particular, o qual solicitou o seu encaminhamento para a consulta de Pedopsiquiatria do HDE, em Setembro de 2007, por alterações de comportamento.

Genograma familiar (efectuado na primeira consulta)



História da doença actual (entrevista semi-directiva à mãe)

A mãe começa por salientar uma grande irritabilidade no Tiago, e refere que, quando contrariado, faz birras, chora muito, destrói objectos deliberadamente,

“vai para a rua quando chove, faz buracos na terra e enfia-se lá, atira terra para cima da própria cabeça a rir-se”, “fica em fúria” (sic). Descreve comportamentos de onipotência e ideias de grandiosidade: atravessa a estrada sem olhar ? “oh, se vier um carro, dou-lhe um pontapé”, abre bicos do fogão e põe objectos no microondas por tempo indeterminado ? “quero explodir a casa”, e ri-se entusiasmadamente”, “eu é que mando, não me digas nada!” (sic). O discurso, de acordo com a descrição da mãe, é organizado, mas torna-se acelerado. Existem oscilações do humor, há alternância com momentos em que é meigo, pede desculpa, arrepende-se, “diz não merecer que eu o perdoe, que gostava de ser bom como o Jesus” (sic); a mãe sente-o predominantemente triste. São referidos episódios de desinibição sexual tendo já mostrado o pénis às colegas na sala de aula, em cima das mesas; “tenta apalpá-las, despi-las e dar-lhes beijinhos na boca” (sic). Nos momentos em que o humor se instabiliza há manifestações de grande irrequietude e distractibilidade e perde objectos próprios diariamente. São ainda referidos comportamentos de oposição e desafio “tem prazer em provocar; uma vez, em vez de uma cópia, encheu uma folha com a palavra *puta*”, “chama nomes aos mais velhos, bate-lhes, ameaça-os com facas, foge a rir-se à frente deles”, “abre a porta do carro em andamento” (sic). Manifesta uma baixa tolerância à frustração, e raramente aceita regras/ castigos; é impulsivo, não conseguindo aguardar pela própria vez. Come pouco desde sempre, não apresentando, porém, selectividade alimentar. Dorme com a mãe; são negados insónias, oscilações da duração do sono ou pesadelos.

As queixas iniciaram-se na altura em que começou a andar, por volta dos 13 meses. Verificam-se diariamente e em múltiplos contextos – casa, escola, ATL –, no entanto, são mais intensas em casa.

Em contexto de consulta, à observação, é uma criança franzina, simpática e engraçada, fisicamente investida, que aparenta a idade real. Sedutor, muito educado, muito obediente, correspondendo sempre às tarefas que lhe são solicitadas. Mantém um bom contacto, uma postura adequada, apresenta linguagem e pensamento organizados. O discurso é fluente, o humor eufímico. Revela crítica face aos seus comportamentos “faço asneiras, não as queria fazer, mas não consigo” (sic). No futuro, quer ser padre ou bombeiro, “porque os padres são bons, ajudam as pessoas, e os bombeiros também, e eu quero ser bom” (sic).

Antecedentes pessoais relevantes

Tratou-se da segunda gravidez da mãe, sendo não planeada, ainda que desejada, mas vivida em ansiedade. Em 1997 a mãe realizou uma Interrupção Voluntária da Gravidez. A mãe desejava uma menina e o pai queria um rapaz.

O parto foi distócico, tendo sido realizada uma cesariana na sequência de uma amniotite e de uma ruptura prematura de membranas. No período pós-parto a mãe sentiu-se apoiada e descreve o Tiago como um bebé sossegado. Amamentou durante uma semana tendo o leite secado sem motivo aparente. Houve boa adaptação ao biberão.

O Tiago dormiu no quarto dos pais até aos 4/5 anos, mas, após a ida do pai para Espanha, passou a dormir com a mãe.

O desenvolvimento psicomotor decorreu dentro da normalidade (iniciou marcha aos 13 meses; disse as primeiras frases por volta dos 2,5 anos; adquiriu o controlo dos esfíncteres diurno e nocturno por volta dos 3,5 anos).

No processo de socialização não foram descritas intercorrências até aos 3,5 anos, altura em que entrou no Jardim Infantil, com difícil adaptação, e iniciou comportamentos disruptivos heterodirigidos. A mãe tinha sido a prestadora de cuidados do Tiago, tendo ficado com ele em casa até ao momento de integração no Jardim Infantil.

Foi, no passado, acompanhado por dois psicólogos: um em 2005 e o outro em 2006-2007.

Antecedentes familiares relevantes

A mãe apresenta, desde os 19 anos, diagnóstico de “fobia social” (sic); descreve depressões recorrentes, sem internamentos; encontra-se, actualmente, medicada pelo Médico de Família com alprazolam, oxazepam e lamotrigina (em doses que não especifica).

Há referência a tentativas de suicídio e episódios depressivos recorrentes do avô e tia maternos, com conseqüente internamento em serviço de Psiquiatria. Um tio avô suicidou-se.

O pai é descrito como “muito instável, muito ansioso e muito impulsivo” (sic), e a tia paterna como “depressiva”, encontrando-se também medicada.

Intervenção/evolução

Foram realizadas 7 Consultas Terapêuticas de Pedopsiquiatria, com intervalos quinzenais, até à data de recolha de informação. Em contexto habitacional, a melhoria tem sido menos acentuada do que no contexto escolar, onde o Tiago tem estado mais calmo, integrado e organizado. Na intervenção familiar com a mãe tem sido reforçada a importância da constância das regras/ castigos e de um ambiente contendor, e tem-se promovido o incentivo das suas competências maternas.

O Tiago foi medicado na segunda consulta com risperidona solução oral (0,5 mL + 0 + 0,5 mL). A mãe apenas lhe deu 0,5 mL/D: “não parecia o meu filho, estava patetinha, tinha muitas dores de cabeça, estava sempre mal disposto, parecia um drogadito e eu não o queria assim” (sic), embora tenha observado uma melhoria significativa da sintomatologia. Actualmente, medicado com 0,75 mL + 0 + 0,75 mL de risperidona e foi proposta introdução de um estabilizador de humor, que a mãe pediu para se protelar.

REVISÃO TEÓRICA

A Perturbação Bipolar em idade pediátrica tem sido alvo de controvérsia entre a comunidade científica, sendo a sua existência enquanto entidade nosológica individualizada, na mesma faixa etária, apenas considerada recentemente. O seu diagnóstico, como já referimos, reveste-se de grande dificuldade, uma vez que o quadro clínico assume contornos diferentes do descrito para a idade adulta e, por outro lado, pode haver grande variabilidade interindividual e intraindividual ao longo do tempo, e uma elevada co-morbilidade com outras perturbações psiquiátricas. Existem também, geralmente, dificuldades nas relações pais-filhos e no funcionamento familiar (L.S. Schenkel et al., 2008) que influenciam o seu prognóstico.

Epidemiologia

Uma vez que o quadro clínico da PB em pré-adolescentes não apresenta as características clássicas exibidas no adulto, a avaliação da prevalência da PB em crianças e adolescentes tem sido difícil de determinar. Os estudos são maioritariamente retrospectivos e os mais recentes, transversais, recorrem frequentemente a instrumentos sensíveis pouco específicos, como a *Child Behavior Check List*.

A partir de estudos retrospectivos estima-se que em um terço dos adultos com PB o primeiro episódio tenha ocorrido na infância ou na adolescência (Goldstein et al., 2006), com um pico etário entre os 15 e os 19 anos (Chengappa et al., 2003), sendo que em 0,5% o primeiro episódio surgiu entre os 5 e os 9 anos, e em 7,5% entre os 10 e os 14 anos. Outros estudos apontam para uma prevalência de Perturbação do Espectro Bipolar de 1-3% nos adolescentes entre os 5 e os 17 anos e na razão de 2:1, com maior predominância do género masculino (Findling et al., 2003). Estima-se também que 20% das crianças/adolescentes com Perturbações Depressivas Major apresentará, mais tarde, um episódio maníaco.

Num recente estudo de coorte efectuado por *Geller*, onde foram incluídas 108 crianças com PB, este observou a continuidade desta perturbação para a idade adulta em cerca de 44%, apontando para uma probabilidade de PB 13 a 14 vezes superior à existente na população geral.

A maioria das crianças/ adolescentes apresenta critérios para PB SOE, segundo a DSM-IV-TR e, destes, aproximadamente 20% evolui para PB tipos I ou II num período inferior a 2 anos (B. Birmaher et al., 2006).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Numerosos estudos fenomenológicos apontam para a inexistência de um sintoma específico, mas sim de uma constelação de sintomas necessários para o adequado diagnóstico da PB (Kowatch, 2005).

O *National Institute of Mental Health Research Roundtable on Prepubertal Bipolar Disease* propôs, em 2001, a definição dos fenótipos “restrito” e “lato” de acordo com o espectro bipolar na infância e com correspondência com a DSM-IV-TR. Em 2003, Leibenluft et al., acrescentou o fenótipo “intermédio”. O fenótipo “restrito” corresponderia à Perturbação Bipolar tipo I e o “lato” e o “intermédio” à Perturbação Bipolar SOE.

Em idade pediátrica os episódios na PB são, em geral, longos e difíceis de delimitar, apresentando sintomas mistos e um curso que parece contínuo (20-84%); a ciclagem é rápida (46-87%), sendo característico a existência de ciclos ultradianos. Considera-se que ciclo é uma alteração pronunciada do humor e da energia e que atinge um pólo; episódio traduz um período extenso de desregulação do humor e, frequentemente, implica múltiplos ciclos.

As manifestações clínicas mais comuns (Findling, 2003) são as seguintes [apresentamos entre parêntesis as suas especificidade (E) e sensibilidade (S)]:

- elação do humor (70% S, alta E)
- *affective storms* (*episódios frequentes de desregulação afectiva breve, transitória, com hiperactividade e heteroagressividade), *temper outbursts* (*ocorrem durante as *affective storms* e são respostas desproporcionadas a factores precipitantes externos)
- irritabilidade (81% S, baixa E)
- grandiosidade (78% S, moderada E)
- agitação psicomotora (89% S, moderada E)
- distractibilidade (84% S, baixa E)

- pressão no discurso (82% S, não estabelecida E)
- diminuição da necessidade de horas de sono (72% S, alta E)
- fuga de ideias (56% S, moderada E)
- hipersexualidade (38% S, alta E)
- humor lábil (alta S, alta E)

Dificuldades de diagnóstico

Podem surgir grandes dificuldades no estabelecimento do diagnóstico clínico da PB na infância e na adolescência decorrentes da variação da apresentação clínica ao longo da idade (só no final da adolescência o quadro de PB assume características já semelhantes ao dos adultos). Acrescem, ainda, como dificuldades, o facto de os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR não estarem especificamente adaptados à população pediátrica; a existência de “sintomas maniformes” presentes noutras perturbações (ex. irritabilidade) a elevada co-morbilidade da PB com outras perturbações psiquiátricas; e o facto de a maioria das crianças apresentar uma Perturbação do Espectro Bipolar e não cumprir critérios de tempo para as restantes categorias da DSM-IV-TR.

É, assim, de salientar, a necessidade de identificar e avaliar as alterações de humor e outros sintomas associados, tendo em conta o contexto e o nível de desenvolvimento da criança/adolescente.

Diagnóstico Diferencial (DD)/Co-Morbilidades (CM)

Dada a presença de sintomas comuns a outras perturbações, o diagnóstico diferencial apresenta-se, muitas vezes como um verdadeiro desafio clínico, dado que influencia o prognóstico e o tipo de abordagem terapêutica. Por outro lado, a presença de co-morbilidades é extremamente frequente, em geral, agrava o quadro clínico, sendo o tipo de co-morbilidades variável com a idade. Salientamos as seguintes entidades nosológicas:

- Perturbações de Oposição (46.4-75% CM)
- Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (< 11A, 11-75% CM; DD)
- Perturbações de Ansiedade (< 11A, 12.5-56% CM)
- Perturbação Aditiva (risco 8.8 x > na PB de início na Adolescência; 0-40% CM; DD)
- Perturbações de Comportamento (37% CM; DD)

- Síndrome de *Asperger* (11% CM)
- Perturbação Depressiva (DD)
- Perturbação de Personalidade *Borderline* (DD)
- Perturbação Global do Desenvolvimento (DD)
- Esquizofrenia (1º surto) (DD)

Terapêutica

Recomenda-se uma abordagem integrada que implique uma intervenção psicoterapêutica, psicoeducação e psicofarmacoterapia.

Quanto mais precoce a psicofarmacoterapia, melhor o prognóstico e, quanto mais tardia, menor a resposta aos psicofármacos.

Não há nenhum tratamento aprovado pela *Food and Drug Administration*, nem estudos controlados sobre a eficácia dos tratamentos. Existem, no entanto, *guidelines* para a PB tipo I (Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, 2005), embora não existam para a Doença Bipolar tipo II.

Recomenda-se o uso de estabilizadores de humor clássicos e de antipsicóticos atípicos, quer para induzir a remissão dos sintomas de mania agudos, quer como terapêutica de manutenção. O Lítio é o estabilizador de humor mais extensamente estudado; num estudo a sua descontinuação levou a uma recidiva em 92% dos participantes (Geller et al., 2002), contudo, a sua eficácia diminui quando existem episódios mistos ou co-morbilidades como a PHDA e Perturbações de Personalidade. O Valproato de Sódio é mais indicado que o Lítio para episódios mistos e cicladores rápidos. Os antipsicóticos atípicos, como a Risperidona, têm um início de acção geralmente mais rápido, embora estejam mais associados com o aumento de peso (C. Macmillan et al., 2008).

Prognóstico

É influenciado por relações familiares conflituosas, psicopatologia familiar (B. Birmaher et al., 2006), baixo nível sócio-económico, quadro clínico caracterizado por ciclagem rápida com episódios mistos, presença de co-morbilidades, início precoce da doença e sintomas psicóticos.

Em estudos controlados em que se pretendeu avaliar as relações pais-filhos em crianças/adolescentes com PB, observou-se que estas eram caracterizadas por menores demonstrações afectivas positivas, falta de intimidade, excesso de criticismo e frequentes conflitos e punições. Num recente estudo de L.S. Schenkel et al., de 2008, concluiu-se que, entre os doentes com PB, é mais grave a perturba-

ção da relação pais-filhos quando: estão presentes mais sintomas de mania; há maior co-morbilidade com a PHDA; o início é mais precoce; a família é monoparental; um dos pais parenta uma Perturbação do Humor.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Relativamente à vinheta clínica, não se pode assumir o diagnóstico de PB sem que antes se discutam diagnósticos diferenciais. PHDA parece poder excluir-se pelo facto de a distractibilidade e a irrequietude surgirem em simultâneo com alterações do humor, e pela resposta positiva ao antipsicótico; e a Perturbação de Oposição, por as suas características também ocorrerem em concomitância com a sintomatologia afectiva. A Perturbação de Personalidade *Borderline* cursa igualmente com grande impulsividade e instabilidade afectiva, mas na vinheta apresentada os sintomas mais prevalentes parecerem ser os do humor. A favor do diagnóstico de PB existem os episódios de grande desregulação afectiva com irrequietude intensa e agressividade (*affective storms*); a alternância entre momentos de grande agitação, grandiosidade e humor hipomaniaco, e outros de culpa, com choro fácil e humor depressivo; o curso aparentemente contínuo da sintomatologia; a melhoria sintomática em resposta à introdução de antipsicótico atípico; e a história familiar pesada de perturbações do humor. No entanto, o ambiente familiar parece pouco contentor e organizador. O quadro melhora mais acentuadamente em outros contextos, como o escolar. O papel das figuras parentais parece estar pouco esclarecido: a mãe, porque se sente incapaz de se assumir como figura de autoridade; o pai, porque se encontra indefinidamente ausente. Não será este um factor perpetuador da perturbação, condicionador do prognóstico? Pais que (des)organizam?

BIBLIOGRAFIA

DSM-IV-TR. (2002). 4ª Edição. Climepsis Editores.

Findling, R., et al. (2003). *Pediatric Bipolar Handbook for Clinicians*. Martin Dunitz Ltd.

Geller, B., et al. (2008). Prospective Continuity with Adult Bipolar I Disorder; Characteristics of Second and Third Episodes; Predictors of 8-Years Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1125-1133.

Kowatch, R.A., et al. (2005). Treatment Guidelines for Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 3.

- Macmillan, C.M., et al. (2008). Comparative Clinical Responses to Risperidone and Divalproex in Patients with Pediatric Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 3.
- Martin, A., & Volkmar, F. (2007). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook (4th ed., pp. 671-680). *Lippincott Williams & Wilkins*.
- Pavuluri, M.N., et al. (2005). Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 9.
- Schenkel, L.S., et al. (2008). Parent-Child Interactions in Pediatric Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 422-437.
- Towsend, L.D., et al. (2009). Update on Pediatric Bipolar Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, 529-534.
- Vieta, E. (2007). Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice. *Current Medicine Group LTD*.
- Wozniak, J., et al. (1995). A Pilot Family Study of Childhood – Onset Mania. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 12.
- Youngstrom, E.A., et al. (2008). Pediatric Bipolar Disorder: Validity, Phenomenology, and Recommendations for Diagnosis. *Bipolar Disorder*, 10, 194-214.

ABSTRACT

Bipolar Disorder (BD) at the pediatric age has been a target of controversy among the scientific community so it has only been recognized recently as an independent nosologic entity at the above mentioned age group. Nevertheless, its diagnosis is extremely difficult since the clinical picture is distinct from the one in adults, because of the variability from person to person and that which occurs in the same individual along the time, as well as because of the great co morbidity with other psychiatric disorders.

Few studies have been carried out and the vast majority have been retrospective. They generally report for a 1-3% prevalence of BD in children/adolescents aged between 5 and 17 years old. The ratio gender occurs in a 2:1 proportion, in favor of males. It is recognized as a chronic disorder characterized by recurrences and remissions.

We intend with the present work to conduct a brief revision of BD at pediatric age, illustrating it with a case report in which we emphasize the role of the familiar structure.

Key-words: Adolescents. Bipolar disorder. Children. Familiar structure.

O PAPEL DO SDQ (STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE) COMO MEDIDA DE AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Maria Moura *

Ricardo Encarnação *

Fátima Gomes **

RESUMO

O SDQ permite uma boa discriminação entre crianças com e sem sintomas psiquiátricos.

Apresenta uma Especificidade de 94,6% e uma Sensibilidade de 63,3%. A Sensibilidade é maior que 70% nos problemas de comportamento, hiperactividade, perturbações do humor e ansiedade.

SDQ torna-se mais sensível quando as categorias “Possível” e “Provável” são combinadas, mas sobre-inclusivo.

Quando aplicado a uma amostra da comunidade, a proporção de verdadeiros negativos é elevada (especificidade e valores preditivos negativos de cerca de 95%), mas a proporção de verdadeiros positivos é substancialmente mais baixa (sensibilidade e valores preditivos positivo em torno de 35%).

O SDQ pode ser usado para detectar jovens que se encontram em risco elevado de desenvolver patologia mental ao nível dos cuidados de saúde primários

Nos Serviços especializados pode ser usado no acesso clínico para obter uma ideia inicial sobre o tipo e severidade do problema psiquiátrico e como índice de resultado terapêutico.

A eficácia na triagem depende do tipo de perturbação – há baixa sensibilidade para algumas perturbações de ansiedade (fobias específicas, perturbações de pânico), perturbações do comportamento alimentar e Perturbações Globais do Desenvolvimento.

* Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência HDE.

** Enfermeira especialista em Saúde Mental do HDE.

Se o algoritmo não é tão bom a detectar “nichos” de sintomas severos é bem melhor a detectar crianças com sintomatologia generalizada, Perturbação do Comportamento e PHDA.

Quando uma avaliação mais extensa de psicopatologia for necessária, deve optar-se por empregar outras escalas.

Embora o SDQ seja útil para efeitos de despiste e diagnóstico auxiliar de decisões, é importante enfatizar que não deve ser utilizado de forma isolada para fazer diagnósticos de saúde mental.

Palavras-chave: Especificidade e sensibilidade. Follow-up. Patologia pedopsiquiátrica. Rastreio. SDQ.

INTRODUÇÃO: SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – REALIDADE CLÍNICA

Tem-se verificado um aumento na prevalência distúrbios de saúde mental na criança e no adolescente desde a II Guerra Mundial (Zubrick, Silburn, Burton, et al., 2000). Este factor levou a longas listas de espera e, actualmente, os Serviços Comunitários de Saúde Mental Infantil e Juvenil só são capazes de ver aproximadamente 20% da população que necessita de serviços especializados de saúde mental (Offord, Boyle, Szatmari, et al., 1987; Burns, Costello, Angold, et al., 1995; Leaf, Alegria, Cohen et al., 1996; Meltzer, Gatward, Goodman, et al., 2000; Sawyer, Gatward, Goodman et al., 2001)¹.

Os sintomas não são por si só um bom guia para a presença ou ausência de perturbação psiquiátrica na infância e na adolescência. Por conseguinte, os actuais critérios de diagnósticos operacionais para a maioria das perturbações psiquiátricas em criança e adolescentes estipulam que o diagnóstico não pode ser feito a menos que os sintomas resultem na experimentação pelo próprio de grande ansiedade ou prejuízo social (*American Psychiatric Association*, 1994; *World Health Organization*, 1994)².

Estudos de Prevalência indicam que entre 17% e 26% de crianças e adolescentes apresenta critérios de diagnósticos para pelo menos uma perturbação psiquiátrica. Em particular problemas de comportamento – incluindo perturbações de oposição, perturbações disruptivas do comportamento e PHDA – e problemas emocionais – como as perturbações de ansiedade e depressão (frequentemente diagnosticados em jovens).

Apesar desta elevada prevalência de problemas de comportamento e emocionais, é importante notar que apenas uma pequena percentagem destas crianças e jovens entra em contacto com Serviços de Saúde Mental³. Nos EU é estimado que

21% das crianças dos 9-17 anos apresentem uma perturbação mental ou aditiva que cause impacto, no entanto apenas 1/5 recebe o tratamento necessário (WHO, 2001)³. Na Austrália estima-se que 14% de crianças e jovens sofre de problemas de saúde mental, embora apenas 1/5 destes receba ajuda profissional⁹.

E, no entanto, estes problemas mentais numa idade precoce podem criar transtornos importantes na criança e família, podendo ter impacto elevado no desenvolvimento social, emocional e psicológica da criança⁹.

Um avaliação dos problemas psicológicos das crianças e jovens com base em informação multifactorial é a melhor prática. Usualmente envolve entrevista com a criança, família e escola com o complemento de questionários e observação num *setting* de diagnóstico⁹. Por conseguinte, os questionários, a ser usados para detectar jovens que se encontram em risco elevado de desenvolver estas patologias, são relevantes.

Os clínicos podem usar estas metodologias como integradas no acesso clínico com fim a obter uma ideia inicial sobre o tipo e severidade do problema psiquiátrico.

Uma outra possibilidade do uso de questionários estandardizados é a possibilidade de ajudar os clínicos a quantificar os efeitos do tratamento.

O QUESTIONÁRIO SDQ

Goodman a partir de um Questionário de Rutter, desenvolveu o SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*⁴.

Numa amostra clínica psiquiátrica, as previsões com base em diagnósticos SDQ concordam bem com diagnósticos clínicos (Goodman, Renfrew, & Mullick, 2000a) e defendem a sua validade clínica. Goodman e colegas recomendam o uso do SDQ como parte de uma avaliação clínica (Goodman, Ford, Simmons et al., 2000b)¹.

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) é uma página de um questionário para avaliar o ajustamento psicológico de crianças e jovens (www.sdqinfo.com). Versões idênticas ou quase idênticas podem ser preenchidas pelos pais ou professores de crianças e adolescentes de idades compreendidas entre os 4 e 16 anos de idade e pelo próprio entre os 11 e 16 anos de idade (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998). O SDQ discrimina cerca de 25 atributos, alguns positivos e outros negativos; os inquiridos utilizam uma escala de 3 pontos para indicar o quanto cada atributo se aplica a criança alvo.

Os 25 itens estão divididos entre cinco escalas de cinco itens cada uma, gerando *scores* de sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperactividade,

desatenção, problemas entre pares, e comportamento pro-sociais; que são somados para gerar uma pontuação total de dificuldades⁴. A análise de factor mostrou que quase todos os itens são primariamente incidentes, e geralmente exclusivos, dos cinco factores preditores, abrangendo sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperactividade, desatenção, problemas entre pares e comportamentos pro-sociais. Esta estrutura de previsão é adequada aos achados, particularmente no SDQ dos pais⁵.

As versões extensas do SDQ para além dos 25 itens têm um suplemento de impacto que pergunta se o respondente pensa que a criança ou o jovem apresenta um problema relevante, e, em caso afirmativo, inquire adicionalmente sobre angústia global, prejuízo social, sobrecarga e cronicidade. Este suplemento fornece informação adicional aos clínicos, necessária no diagnóstico de uma perturbação mental e permitindo priorizar a referência aos Serviços de Saúde Mental⁵.

O preditor do estado clínico baseado no impacto é um *score* de 2 ou mais, o que significava que o respondente relatou, no mínimo, “muito vezes” no comprometimento em dois domínios ou “uma grande dose” de comprometimento em um domínio. Curiosamente, este preditor empírico é muito semelhante aos critérios adoptados *a priori* pelo Estudo de Virgínia Twin (Simonoff et al., 1997), nomeadamente que os transtornos psiquiátricos só poderiam ser diagnosticados se os sintomas resultassem, pelo menos, na incapacidade parcial em duas áreas, ou em um grande comprometimento numa.

Um impacto da pontuação igual ou superior a 2 sobre o SDQ conceptualmente corresponde a uma pontuação de 60 ou menos sobre a Escala de Avaliação Global para a Infância (CGAS; Shaffer et al., 1983), que é um nível que tem mostrado ser um bom indicador de definição de caso (Bird et al., 1990). Um impacto sobre a pontuação de 1 SDQ – representando “uma grande dose” de comprometimento em apenas um domínio – corresponde a uma pontuação CGAS de 61 ± 70 , que é um nível que tem sido utilizado anteriormente para identificar casos prováveis, mas não definidos (Bird et al., 1990)².

Um primeiro estudo realizado numa comunidade holandesa, em 2003, permitiu aferir que a consistência interna, a fiabilidade, a estabilidade e a concordância pais-criança são aceitáveis nas escalas SDQ. Foram obtidas evidências para a validação do SDQ. A correlação entre pais, professores e questionário de auto-preenchimento é moderada mas favorável quando comparada com correlações obtidas com outras medições psicopatologias (Questionários Achenbach: CBCL, TRF (Teacher Report Form) e YSR (Youth Self-Report); the Child Depression Inventory – CID; the Children’s Manifest Anxiety Scale – RCMAS; ADHD Questionnaires – ADHDQ).

O SDQ permite uma boa discriminação entre crianças com e sem sintomas psiquiátricos e há evidências que indicam poder ser usado como medida de rastreio de perturbações psiquiátricas em amostras comunitárias. O SDQ foi traduzido em mais de 40 idiomas e pode ser usado sem qualquer encargo para fins não comerciais (www.sdqinfo.com)⁴.

COMPARAÇÃO COM OUTRAS ESCALAS

Uma escala sobejamente conhecida e com uso difundido é a CBCL (*Child Behavior Checklist* – Achenbach, 1991). O SDQ e a CBCL diferem em vários aspectos que poderiam alterar as suas propriedades psicométricas. Uma das mais óbvias diferenças é o comprimento – o SDQ tem 25 itens, em comparação com os 118 itens de psicopatologia do CBCL.

As escalas da psicopatologia CBCL são baseadas inteiramente em autenticação de itens negativos contrapondo-se ao SDQ em que há uma maior ênfase a atributos positivos, sendo concebido para aumentar a aceitabilidade do questionário⁵.

O CBCL embora apresente uma escala de “competência social”, não examina o contexto de prejuízo social e sobrecarga familiar, importantes nos propósitos do diagnóstico⁶.

As correlações entre SDQ e CBCL são previsíveis: ou seja, as mais importantes correlações entre as escalas tocam domínios similares de psicopatologia (ex.: sintomas emocionais SDQ – internalização CBCL; problemas de conduta SDQ – externalização CBCL; desatenção, hiperactividade SDQ – problemas de atenção CBCL; problemas de pares SDQ – problemas sociais CBCL). De modo mais preciso, no SDQ os problemas emocionais foram os mais convincentemente ligados a sintomas de ansiedade e depressão, enquanto os problemas de hiperactividade e desatenção a sintomas de PHDA³.

Num outro estudo no Reino Unido, de 1999, em que se comparam as duas escalas, concluiu-se estarem altamente correlacionadas. Os dois questionários foram igualmente capazes de discriminar entre crianças de amostra de alto risco e baixo risco. A correlação entre as escalas de internalização e de externalização foi significativamente menor para o SDQ do que para o CBCL. Isto não se deveu ao facto do questionário SDQ ser menor, uma vez que a escala de externalização-desatenção foi igualmente elevada nos dois.

Duas explicações alternativas são possíveis. Por um lado, a menor correlação internalização-externalização no SDQ, pode ser reflexo de, nas escalas do SDQ, estarem menos contaminadas uma pela outra, comparativamente à CBCL.

Alternativamente, a maior correlação internalização-externalização na CBCL pode ser um reflexo preciso de comorbilidade verdadeira.

Enquanto não há dúvida de que existe comorbilidade (Caron & Rutter, 1991), a questão é saber se essa comorbilidade é subestimada pelo SDQ ou superestimada pelo CBCL. Os presentes resultados são mais sugestivos desta última hipótese, uma vez que, quando correlações baseadas em entrevistas foram baixas, as correlações SDQ também foram baixas, enquanto no CBCL correlações manteve-se elevada.

No SDQ, a brevidade da sua aceitabilidade para os pais de crianças de baixo risco pode torná-la uma medida particularmente adequada para triagem da comunidade, onde as taxas de resposta são passíveis de ser prejudicadas por longos questionários ou de cariz mais negativo.

O SDQ pode também fornecer uma medida mais útil de desatenção e hiperactividade. Por outro lado, o CBCL abrange uma gama mais ampla de problemas, especialmente ideais para a realização de estudos clínicos e avaliações que exigem cobertura de formas raras e comuns de psicopatologia infantil.

O SDQ provou ser melhor que o CBCL na detecção da falta de atenção e hiperactividade e pelo menos tão eficaz na detecção de problemas internalizantes e externalizantes⁷.

Uma outra escala que deve ser referida é a HoNOSCA *Outcome Scales for Children and Adolescents*, que em relação ao SDQ, apresenta vantagens pela sua avaliação de áreas que não são adequadamente cobertas pelo SDQ, tais como a auto-mutilação, abuso de substâncias, enfermidade física, alucinações e delírios e mau atendimento escolar. Estes são importantes factores de risco, embora sejam maioritariamente problemas em adolescentes mais velhos¹.

APLICAÇÃO DO SDQ

O questionário poderá ser empregue nos cuidados de saúde primários como uma ferramenta para a detecção inicial de triagem de jovens com problemas psiquiátricos ou pelos pesquisadores como um índice de resultado terapêutico. Na Austrália o SDQ é actualmente uma componente mandatária do protocolo do Serviço de Saúde Mental, no acesso clínico.

Quando uma avaliação mais extensa de psicopatologia de jovens for necessária, clínicos e pesquisadores podem optar por empregar as escalas Achenbach ou outros questionários baseados no DSM³.

MEDIDAS PSICOMÉTRICAS

Num estudo no Reino Unido de 2000, o SDQ identificou indivíduos com um diagnóstico psiquiátrico com uma especificidade de 94,6% (“95% CI” 94,1-95,1%) uma sensibilidade de 63,3% (59,7-66,9%). O questionário identificou mais de 70% (70-90% sensibilidade) de indivíduos com problemas de comportamento, hiperactividade, perturbações do humor e de ansiedade. Menos de 50% (sensibilidade 30-50%) dos indivíduos com fobias específicas. A Sensibilidade era substancialmente mais pobre com um único informante do que com múltiplos informantes.

O algoritmo identifica cerca de 2/3 das crianças com perturbações psiquiátricas (incluindo 4/5 daquelas com Perturbações psiquiátricas graves). O algoritmo não contém questões sobre dieta, ataques de pânico e contém apenas uma questão sobre medos e ansiedade de separação. Se o algoritmo não é tão bom a detectar “nichos” de sintomas severos é bem melhor a detectar crianças com sintomatologia generalizada.

A maioria dos falsos-negativos eram crianças que no algoritmo apresentavam “*possible disorders*”⁸.

Um outro estudo no Reino Unido, de 2001, sugere que o SDQ permite prever categorias de diagnóstico com fiabilidade, identificando 81-91% de crianças com um diagnóstico clínico.

Numa amostra de crianças australianas, de uma comunidade clínica de Saúde Mental Infantil e Juvenil, com idades compreendidas entre os 4-15 anos, o SDQ identificou uma perturbação psiquiátrica em 91% dos participantes. Detectou-se uma elevada prevalência de transtornos de conduta (74%), enquanto a prevalência de distúrbios emocionais (65%) e transtornos de hiperactividade (56%) também foi significativo. O algoritmo SDQ tinha sido razoável com níveis elevados de acordo em todos os domínios da saúde mental, com a mais baixa correlação com alterações emocionais (Kendall’s tau-b=0,39).

Neste estudo, a sensibilidade dos diagnósticos gerados pelo SDQ variava de 36% para as alterações emocionais, e de 93% para os transtornos de conduta. No entanto, note-se que foram encontrados valores no SDQ significativamente mais sensíveis quando foram combinadas as categorias possível e provável (81% para as alterações emocionais, 93% para hiperactividade transtornos, 100% para transtornos conduta)⁵.

Quando aplicado a uma amostra da comunidade, a proporção de verdadeiros negativos é elevada (especificidades e os valores preditivos negativos de cerca de 95%), mas a proporção de verdadeiros positivos é substancialmente mais baixa (sensibilidade e valores preditivos positivo em torno de 35%). Esta característica aceitável em testes de rastreio, em que a primeira prioridade é

geralmente a de reduzir a taxa de falsos negativos, mesmo que esta seja à custa do aumento da taxa de falsos positivos.

Embora as taxas de participação sejam excelentes para pais e jovens, a taxa de 20% de não participação para professores (em especial os provenientes de escolas em bairros desfavorecidos) pode ter feito a amostra de professores, neste estudo, não ser representativa⁴.

Outro estudo numa população australiana, em 2002, aponta para que 85% das crianças e adolescentes encaminhadas ao serviço estavam na faixa de dificuldades comportamentais moderadas a graves, de acordo com o SDQ. Em contraste com os professores e os auto-relatos, os pais relataram mais preocupações no SDQ, especialmente para problemas de externalização. Problemas de Comportamento disruptivos, em particular hiperactividade/ desatenção e problemas de conduta foram os mais frequentemente relatados¹.

Sugere-se que o SDQ possa ser um instrumento útil na triagem referente a pacientes, antes da admissão a um serviço especializado¹.

Um estudo de 2001 no Reino Unido enfatiza que embora o SDQ seja útil para efeitos de despistagem e diagnóstico auxiliar de decisões, o SDQ não deve ser utilizado de forma isolada para fazer diagnósticos de saúde mental. Os diagnósticos SDQ tiveram boa concordância com os diagnósticos clínicos, quando as categorias possível e provável foram combinadas; porém, foram também sobre-inclusivos.

Apesar de ser amplo, o SDQ não avalia todas as doenças psiquiátricas da infância e, conseqüentemente, não é adequado para o rastreamento de crianças com suspeita de transtornos autistas, transtornos psicóticos e outros transtornos de desenvolvimento⁵.

SDQ EM PORTUGAL E OUTROS PAÍSES DA EUROPA

Um estudo Europeu, em 2004, aferiu a Validade do SDQ em cinco países da Europa: Itália, Espanha, Portugal, Croácia e França, usando outros dois instrumentos: CBCL e DBDRS (*Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale*).

Vários autores referem-se à falta de materiais de teste estandardizados ou adaptados à população portuguesa. O SDQ surge como uma ferramenta promissora. O primeiro estudo em Portugal foi coordenado por Alexandra Simões que analisou as propriedades psicométricas do SDQ numa comunidade portuguesa, confirmando a validade do questionário.

O SDQ tem sido usado, desde então, em Portugal em numerosos estudos coordenados por Maria Filomena Gaspar, que permitiram evidências adicionais da fiabilidade e validade deste instrumento.

No estudo Europeu referido, detectaram-se diferenças nos resultados, com predomínio de crianças hiperactivas em Portugal, levantando questões acerca dos factores culturais que levam a diferentes níveis de hiperactividade ou outros problemas do comportamento, nos diferentes países⁹.

CONCORDÂNCIA DO QUESTIONÁRIO PAIS-FILHOS

Num estudo realizado na Austrália, em 2008, numa amostra clínica com crianças dos 11-18 anos e com critérios diagnósticos para pelo menos uma perturbação psiquiátrica, foram examinados os níveis de concordância entre o SDQ da criança e o dos pais.

A concordância entre pais e filhos foi baixa ou modesta. 69% da parelha concordava que o problema da criança era clinicamente significativo ou não significativo. Quase 1/4 (23%) dos pais-crianças concordaram que o problema da criança seria clinicamente significativo. Quase metade (46%) concordaram não haver problema clínico, não obstante a criança apresentar critérios CID-10 para pelo menos uma perturbação psiquiátrica. Apenas 1/3 (31%) da parelha discorda. Aqui a maioria (27%) devia-se a situações em que apenas os pais referiam haver um problema clínico, contudo em 4% apenas a criança o referia.

O achado de que em 46% dos casos de concordância para a ausência de patologia é significativo. Porém, neste estudo, um dos factores que pode ter levado a este achado é o facto de as categorias “provável” terem sido incluídas no grupo sem percepção de patologia clínica. Outro dado a ter em conta é que a eficácia na triagem depende do tipo de perturbação, havendo baixa sensibilidade para algumas perturbações de ansiedade (fobias específicas, perturbações de pânico, ansiedade de separação) e perturbações do comportamento alimentar. Nesta amostra 1/3 das crianças no grupo falso negativo apresentavam perturbações de ansiedade.

Detectou-se, quanto ao nível de concordância, um valor mais elevado em relação a crianças com perturbações de humor, ansiedade ou somatoformes.

Crianças com problemas de ansiedade e perturbações somatoformes mais frequentemente se encontravam no grupo em que ambos concordavam não haver patologia significativa. Crianças com perturbações do humor encontravam-se super-representadas no grupo em que unicamente a criança achava ter problemas significativos, enquanto aquelas com problemas do comportamento

mais frequentemente se encontrava no grupo em que apenas os pais afirmavam não haver um problema significativo.

Nas situações em que a parelha concordava com a existência de problemas clinicamente significativos, os níveis mais elevados de concordância consistiam predominantemente nas perturbações externalizantes (problemas de comportamento e PHDA) do que nas perturbações internalizantes (ansiedade, depressão e somatoformes). Estes achados são reversos no grupo falso negativo, quando pais e crianças negam problemas clinicamente significativos, tratando-se na maioria de problemas internalizantes.

Isto infirma a noção de que os pais não são bons a detectar problemas internalizantes e sugere que as crianças nem sempre conseguem reportar estes sintomas. Porém, em relação às perturbações do humor, a criança parece ser o melhor respondente da sua experiência subjectiva e interna. Isto está de acordo com Martin et al., no CBCL, e reflecte que estes sintomas muitas vezes estão escondidos dos pais.

A idade não se associou ao grau de concordância criança-pais. Em relação ao género detectou-se que as raparigas concordavam mais com os pais quando não havia problema significativo ou apresentavam um problema significativo sem percepção por parte dos pais. O que pode reflectir no primeiro caso a prevalência mais elevada de perturbações internalizantes em raparigas (aquelas menos detectadas pelos pais), e no segundo caso, uma sobre-representação por crianças como perturbações do humor.

Ao invés dos rapazes que se encontravam ou no grupo em que apenas os pais detectavam haver patologia ou em que ambos a detectavam. Isto indica que aos pais consideram que os rapazes têm problemas mais óbvios, o que é consistente com a prevalência mais elevada de perturbações externalizantes nos rapazes. Porém, houve uma concordância maior nos problemas externalizantes das raparigas em relação aos rapazes

Este estudo demonstrou o limite de concordância pais-criança em relação a problemas de comportamento e a importância da integração de informação discrepante nos Serviços de Saúde Mental.

Diversos factores foram apontados na influência desta concordância incluindo o tipo de comportamento, população estudada, género e idade. Achenbach et al. demonstrou que em amostras clínicas a concordância é menor nos problemas internalizantes em comparação com os externalizantes. Propôs tal facto ser devido a factores como a visibilidade e intrusividade dos comportamentos externalizantes por oposição com a subjectividade e invisibilidade dos comportamentos internalizantes. O oposto parece ser verdadeiro em amostras comunitárias, onde a concordância pais-criança é maior nos problemas internalizantes.

Outro contraste entre as amostras clínicas e comunitárias dizem respeito à idade, sendo que há uma concordância maior para crianças pequenas em amostras clínicas em oposição a crianças mais velhas em amostras comunitárias.

Foi examinado o padrão dos pais-crianças através do CBCL e detectou-se que crianças onde o questionário de auto-preenchimento detectou problemas significativos, mas não os dos pais, apresentavam na maioria das vezes depressão ou ansiedade.

Este estudo enfatiza a necessidade de ter em consideração o questionário de autopreenchimento, ainda mais quando os pais não referem problemas.

Foi referido que a extensão de concordância pais-criança para o problema para o qual pediam ajuda poderia afectar a habilidade do trabalho numa vertente terapêutica. A partir desta possibilidade, um clínico quando confrontado com a discrepância de resultados poderia incorporar este dado no processo terapêutico.

CONCLUSÃO

O SDQ apresenta uma mais valia em relação a outras escalas, não só pela simplicidade de aplicação, como pelo suplemento de impacto, fornecendo informação adicional aos clínicos, necessária no diagnóstico de uma perturbação mental e permitindo priorizar a referência aos Serviços de Saúde Mental.

Assim, o SDQ pode ser usado para detectar jovens que se encontram em risco elevado de desenvolver patologia mental ao nível dos cuidados de saúde primários, não esquecendo que a eficácia na triagem depende do tipo de perturbação. No rastreio, as categorias “possível” e “provável” devem ser combinadas mesmo que sobre-inclusivas.

Nos Serviços especializados pode ser usado no acesso clínico – para obter uma ideia inicial sobre o tipo e severidade do problema psiquiátrico – e como índice de resultado terapêutico. Quando uma avaliação mais extensa de psicopatologia for necessária, deve optar-se por empregar outras escalas.

Embora o SDQ seja útil para efeitos de despiste e diagnóstico auxiliar de decisões, não deverá ser utilizado, de forma isolada, para fazer diagnósticos em saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 1(3), ISSN: 1446-7984.
- ²Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(5), 791-799. Institute of Psychiatry, London, U.K.
- ³Cawthorpe, D., Wilkes, T.R., Rahman, A., Smith, D., Conner-Spady, B., McGurran, J., & Noseworthy T. (2007). Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 16, 1.
- ⁴Mouris, P., Meesters, C., & Berg, F. (2003). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- ⁵Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *T. Am. ACAD. Child Adolec. Psychiatry*, 40, 11.
- ⁶Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 639-643.
- ⁷Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24.
- ⁸Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the strenght and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatry disorders in a community sample. *British Journal of psychiatry*, 177, 534-539.
- ⁹Marzocchi, G., Capron, C., Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., et al. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry* [Suppl. 2] 13, II/40 – II/46.

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE: ADAPTAÇÃO DO CHILD-BEARING ATTITUDES QUESTIONNAIRE (Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990) *

Sónia Bárcia **

Manuela Veríssimo ***

RESUMO

A transição para a maternidade é uma fase de grande mudança na vida de qualquer mulher. Neste processo vários factores podem contribuir para que esta seja vivida de uma forma mais tranquila, tais como o suporte social, satisfação na relação matrimonial, conhecimentos inerentes à gravidez e pós-parto, auto-confiança, crenças e as atitudes relacionadas com a maternidade. O objectivo deste trabalho é de testar o instrumento Childbearing Attitudes Questionnaire na realidade portuguesa. A amostra é constituída por 241 mães com uma idade média de 30.95 anos, com uma média de 14.7 anos de escolaridade, maioritariamente estão casadas ou em união de facto (84,2%). Em relação à consistência interna da CAQ esta deu valores de alfa de Cronbach que variaram entre .59 e .69 nas 8 sub-escalas que fazem parte da escala. Encontraram-se correlações entre a idade e habilitações literárias da mãe, idade dos pais e número de filhos com algumas das sub-escalas. Assim como, as mães de meninas apresentam maiores preocupações maternas do que as mães de meninos. Este estudo revela que a versão da CAQ-Português (CAQ-P) pode ser uma medida válida e fiável para avaliar as atitudes relativas à maternidade. Instrumentos como este possibilitam aos profissionais de saúde desenvolver programas de apoio às famílias e sua avaliação.

Palavras-chave: Atitudes na maternidade. Competências mãe. Imagem maternal. Instrumentos de medida. Suporte social.

* Os autores gostariam de agradecer a todas as mães que aceitaram participar neste estudo, financiado em parte pela FCT (SFRH/BD/43580/2008).

** Doutoranda Universidade Nova / ISPA – Instituto Universitário, Bolseira da FCT, UATLA.

*** Unidade de investigação em Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação, ISPA – Instituto Universitário. Directora Geral, ISPA – Instituto Universitário.

Ao longo do ciclo de vida o ser humano atravessa diversas fases na sua vida que representam períodos de grandes mudanças, tais como a entrada na escola, a puberdade, casamento, etc. (Ruble, Fleming, Stangor, Brooks-Gunn, Fitzmaurice, & Deutsch, 1990; Francis-Connely, 2000; Pancer, Pratt, Hunsberger, & Gallant, 2000). Contudo, para a mulher, a transição para a maternidade, é um dos períodos mais importantes e de grande transformação, acarreta grandes adaptações e mudanças do estilo de vida, assim como o desenvolvimento de novas regras, responsabilidades, padrões e rotinas (Grace, 1993; Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Elek, Hudson, & Bouffard, 2003). A esta nova fase estão subjacentes adaptações psicológicas nomeadamente a aquisição de novos papéis e respectiva adaptação, mudanças no estado de espírito e alterações nas interações sociais. É um período de aquisição de novos comportamentos e atitudes (Fleming, Ruble, Flett, & Van Wagner, 1990). Esta fase leva a mudanças sociais, biológicas, contextuais ou a introdução de novas regras (Ruble et al., 1990).

A maternidade foi vista durante alguns anos como uma relação instrumental entre a mãe e o bebé, mas os estudos mais recentes dão principal atenção à experiência da mãe e avaliam as interações sociais que emergem pelo facto da mulher representar este novo papel na sua vida (Francis-Connolly, 2000; Cowdery & Knudson-Martin, 2005). Desta forma, ser mãe não é algo inato que nasce quando nasce um bebé, mas sim algo que se vai construindo da interação da mãe e do bebé (Luthar, Doyle, Suchman, & Mayes, 2001; Cowdery & Knudson-Martin, 2005).

Ser mãe, em particular se for o primeiro, é um momento muito gratificante, mas associado com momentos de grande stress, em particular os primeiros meses são aqueles que os autores referem como os de maior stress (Pridham & Chang, 1992; Goldstein, 1996). Associado a este evento há uma dualidade de sentimentos, positivos por um lado, pela concretização de um sonho e negativos por outro, ser capaz de desempenhar bem o seu novo papel de mãe. As novas competências levam a alterações tanto a nível físico como mental, na divisão de tarefas, na interação social, na relação laboral e matrimonial (Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh, Curtis-Boles, & Boles III, 1985; White & Booth, 1985; Wicki, 1999; Cappuccini & Cochrane, 2000; Knauth, 2001; Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Gjerdingen & Center, 2005; Hsu, 2004; Glade, Bean, & Vira, 2005). Para Belsky (1984) existem três importantes factores que influenciam os comportamentos parentais: As características dos pais, por exemplo as características psicológicas, o comportamento da criança e as condições sócio contextuais, onde se incluem a rede social de suporte ou a estabilidade da relação matrimonial.

A transição para a maternidade e a adaptação psicológica inerente a este processo reflectem-se nas atitudes relativas à maternidade, em particular na auto-estima, nas relações interpessoais e nas atitudes para com a criança. Esta é mensurável através de instrumentos em que a mãe se auto avalia (Ruble et al., 1990).

Segundo Ruble et al. (1990), as atitudes das mães variam principalmente em duas fases, o final da gravidez e nos primeiros meses de puerpério, existindo diversos domínios que podem contribuir para estas alterações nomeadamente: suporte social, satisfação matrimonial, ansiedade, preocupações inerentes ao bem-estar do bebé, à gravidez e ao parto, a auto-confiança, a procura de informação na gravidez e no puerpério e as características que as mulheres pensam estar subjacentes à maternidade e que acreditam ser importantes para representar este novo papel.

Suporte social

O suporte social é apontado pelos autores como um importante elemento na adaptação à maternidade, este permite aumentar o grau de satisfação, a disponibilidade da mãe para os filhos, uma interacção mais positiva entre a mãe e a criança, assim como na construção de uma relação de vinculação segura (Mercer & Ferketich, 1994; Goldstein et al., 1996; Feldman, 2000; Knauth, 2000; Pancer et al., 2000; Pridham, Lin, & Brown, 2001; Boernstein, Hendricks, Hahn, Haynes, Painter, Tamis-LeMonda, 2003; Kaitz & Katzir, 2004; Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward, & Silva, 2005). Segundo Hill, Stein, Keenan, e Wakschlag (2006), não é tanto a situação de stress que a mãe vivência quando nasce um bebé, que interfere com o relacionamento da mãe-bebé, mas sim a disponibilidade emocional que permite que esta consiga dar uma resposta mais adequada ao seu bebé. As mães que recebem maior apoio social, em particular do marido e das mães, durante a gravidez e puerpério, adaptam-se de uma forma mais positiva à situação de grávida, parto e puerpério, do que as mulheres que não recebem apoio (Mercer & Ferketich, 1994; Goldstein et al., 1996; Wicki, 1999; Knauth, 2000; Pancer et al., 2000; Pridham et al., 2001; Cronin, 2003). A participação activa do companheiro nos cuidados pré e pós-natais é fundamental como primeiro apoio da mãe, este dado é importante para o desenvolvimento de programas onde se incentive a participação do pai nos cuidados do bebé (Warren, 2005). Os sintomas de depressão pós parto estão muitas vezes relacionados com o pouco apoio que a mãe tem nesta fase de grande transição, estes podem interferir com a capacidade da mãe para cuidar do seu bebé (Cutrona, 1984; Pridham & Chang, 1992).

Relação matrimonial

Relativamente à relação matrimonial, as mães que têm uma melhor relação com o cônjuge têm uma relação mais segura com o bebé (Oates & Heinicke, 1985; Isabella & Belsky, 1985; Elek et al., 2003; Kaitz & Katzir, 2004). Os autores estão de acordo que existe uma diminuição da satisfação da relação quando nasce um bebé, no entanto apresentam diferentes períodos de crise, Isabella e Belsky (1985) destaca a fase que vai desde o último trimestre de gravidez até aos nove meses de idade do bebé, referindo que os primeiros três meses são os mais críticos. Knauth (2000) por seu lado refere que são os primeiros quatro meses, o período de maior instabilidade no casal e Wicki (1999), destaca os primeiros dois meses. Para os autores, existe uma fase de mudança e de adaptação que pode ir até ao fim do primeiro ano de vida do bebé (Isabella & Belsky, 1985; Wicki, 1999). Os casais que apresentam situações matrimoniais mais conflituosas tendem a ser mais negativos e intrusivos com os filhos (Cox, Burchinal, Taylor, Frosch, Goldman, & Kanoy, 2004).

Temperamento do bebé

A fase inicial da maternidade é uma fase que as mães muitas vezes referem como difícil, em que se sentem assoberbadas de trabalho, muitas das vezes mesmo as mães que idealizam a divisão de tarefas quando o bebé nasce tendem a desempenhar todas as funções inerentes ao cuidar do bebé, desencorajando a ajuda do pai (Cowdery & Knudson-Martin, 2005) e apresentam sentimentos de culpa, pois não se identificam como mães perfeitas ou ideais. Estes sentimentos estão muitas vezes associados com o temperamento do bebé. Parece existir uma relação entre o temperamento do bebé e as atitudes da mãe, influenciando a interação entre a mãe e o bebé (Belsky, 1984; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Strangor, 1988; Pridham & Chang, 1992; Pridham, Chang, & Chiu, 1994; Francis-Connolly, 2000; Pizur-Barnekow, 2006).

As mães que classificam os seus bebés que como tendo temperamentos mais difíceis, apresentam níveis mais baixos de auto-confiança, associado com maiores índices de depressão e ansiedade, assim como as estratégias de *coping* também se tornam menos eficazes (Fleming et al., 1990; Pridham & Chang, 1992; Porter & Hsu, 2003; Hyde, Else-Quest, Goldsmith, & Biensanz, 2004; Pizur-Barnekow, 2006). As mães que classificam os seus bebés como mais difíceis têm necessidade de os pegar mais e têm mais dificuldade em se separarem deles e os confiarem aos cuidados de outras pessoas (Lowinger, 1999; Hsu, 2004). A percepção que as mães têm do temperamento do bebé, pode ser feita

através dos níveis de sono e irritabilidade do bebé (Fleming et al., 1990; Pridham et al., 1994), da competência maternal e depressão (Hyde et al., 2004), eficácia da mãe nos primeiros três meses (Porter & Hsu, 2003), da regularização da amamentação e facilidade em acalmar o bebé (Pridham et al., 1994) e experiência com bebés (Pizur-Barnekow, 2006).

Nível de conhecimento

A preparação para esta nova fase que é a maternidade, parece estar relacionada com o nível de conhecimento que a mãe adquire na gravidez e o facto de antecipar esta nova etapa da sua vida, uma melhor adaptação é predictiva da sensibilidade maternal e numa melhor adequação de resposta na interacção com o bebé (Heinecke, Diskin, Ramsey-Kleen, & Given, 1983; Heinecke, 1984; Cox et al., 1985; Oates & Heinicke, 1985; Deutsch et al., 1988; Pancer et al., 2000; Bornstein et al., 2003; Warren, 2005). Os novos pais querem desempenhar o melhor possível o seu novo papel, para tal procuram desenvolver estratégias de *coping* para melhor se adaptarem a esta nova situação. Isso pode ser feito através de procura de informação, frequentarem classes de preparação para o nascimento, antecipação da nova situação ou através da avaliação dos apoios sociais e materiais de que dispõem (Deutsch et al., 1988; Wicki, 1999; Pancer et al., 2000; Glade et al., 2005).

Competências da mãe

As capacidades de resposta que a mãe vai desenvolvendo ao longo do primeiro ano de vida estão dependentes de alguns factores como sejam: a auto-eficácia, a idade da mãe e do bebé e a adaptação à nova situação. As mães ao longo dos primeiros meses de vida do bebé vão aumentando o seu nível de confiança, o que lhes permite dar respostas mais adequadas ao seu bebé e conseguem perceberem melhor os seus pedidos (Pridham et al., 1994; Erdwins, Buffardi, Casper, & O'Brien, 2001). Quanto mais confiantes as mães se sentem menos se queixam da quantidade de trabalho que têm para desempenhar as múltiplas tarefas do dia-a-dia, tornam-se menos ansiosas por se terem de separar das crianças quando vão trabalhar, mais positivas, apresentam maiores níveis de auto-estima (Erdwins et al., 2001; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Pridham et al., 2001). A idade do bebé e a idade da mãe, são factores que parecem interferir com o grau de competência da mãe. As mães mais velhas apresentam menores níveis de ansiedade (Blunk & Williams, 1999; Erdwins et al., 2001). Assim como, ao longo dos primeiros meses de vida do bebé, as mães

tornam-se mais positivas, resultando numa maior capacidade de resolver os problemas e as tarefas inerentes aos cuidados maternos (Mercer & Ferketich, 1994; Pridham & Chang, 1992; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Pridham et al., 2001). As habilitações literárias também é um factor importante na relação entre os pais e o bebé, casais com maior nível de habilitações são menos problemáticos e os seus filhos também são mais positivos (Cox et al., 2004). A ansiedade de separação maternal também está associada com algumas características da mãe como sejam os níveis de ansiedade da mãe, depressão, auto crítica, dependência e auto-estima (McBride & Belsky, 1988; Hock, McBride, & Gnezda, 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; Hock & Lutz, 1998).

As atitudes das mães mudam ao longo do ciclo de vida das crianças, assim como as suas preocupações e os seus objectivos. As mães de bebés repartem o seu tempo desempenhando diversas tarefas inerentes à maternidade, tais como cuidar do bebé, que inclui o embalar, abraçar e acarinhar, ensinar e os cuidados do dia-a-dia, cuidados de higiene, amamentar, adormecer, etc. Contudo, há medida que as crianças crescem continua a ser uma preocupação das mães proteger e estimular o seu desenvolvimento, mas nesta fase a mãe centra-se mais no papel de ouvinte, há medida que a criança cresce a mãe consegue ter maior disponibilidade para o papel de suporte emocional (Francis-Connolly, 2005). Conforme se pode perceber através desta revisão, as atitudes da mãe e uma consolidação segura da relação mãe-bebé, dependem do desenvolvimento de estratégias de *coping* durante a gravidez e o estabelecimento de uma rede social eficaz e de suporte à mãe. Isto traz implicações para a prática clínica, pois torna-se primordial o desenvolvimento de programas de intervenção precoce nas famílias, a nível do último trimestre da gravidez, prolongando-se pelos primeiros meses do pós-parto. Avaliar e medir estas alterações deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde que trabalham com esta população.

O objectivo deste trabalho é de testar o instrumento *Childbearing Attitudes Questionnaire* na realidade portuguesa.

MÉTODOS

Participantes

Os participantes são 241 mães com uma média de idades de 30.95 anos ($DP=4.4$). Os pais tinham uma média de idade de 32.88 anos ($DP=4.9$). As habilitações literárias das mães são em média de 14.7 anos ($DP=3.6$) e as dos

pais são em média de 14.2 anos ($DP=3.4$). Maioritariamente as mães estão casadas ou em união de facto (84,2%). O género do bebé é conhecido por 77,6% das mães (36,2% raparigas e 41,5% rapazes).

Instrumentos/Procedimento

A Escala de Atitudes Relativas à Maternidade [Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ), Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990] – é constituída por 76 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo fortemente (1), concordo fortemente (7). Os estudos iniciais eram compostos por uma amostra de 667 mulheres em diferentes fases da maternidade (desde mulheres que planeavam ser mães daí a dois anos até puérperas com 3 meses) e num estudo longitudinal composto por uma amostra de 48 mulheres, desde o nono mês de gravidez até aos 16 meses de pós-parto. As mães eram todas casadas (ou em união de facto), pertencentes à classe média e maioritariamente caucasianas. Este instrumento procura avaliar as perspectivas das mulheres antes, durante e após a gravidez, apresenta 4 dimensões: Auto-confiança, aspectos negativos relacionados com o parto, orientação social e identificação com a maternidade. Estas dimensões subdividem-se em 16 sub-escalas, 13 relacionadas com perspectivas positivas e 3 com perspectivas negativas. São elas: preocupações maternas, auto-confiança maternal, relação com o marido, relação com a mãe, imagem corporal, identificação com a gravidez, sentimentos acerca das crianças, imagem própria negativa, atitude relativamente a amamentar, tolerância à dor, interesse sexual, negação, aspectos negativos do cuidar, sentimentos de dependência, aborrecimento social e procura de informação. Dos 76 itens, 16 não são cotados. Por exemplo “A maternidade tem pouco efeito no modo como as outras pessoas pensam em mim” ou “Criar os filhos é repetitivo e aborrecido.”

RESULTADOS

Análise das dimensões da escala

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na Tabela 1, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

Como se pode observar, na Tabela 1, os Alfas para as oito das dezasseis sub-escalas que fazem parte da escala original apresentam valores entre 0.59 e

0.69 que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial. Os Alfas originais variaram entre 0.64 e 0.78 (0.67 PM, 0.73 ACM, 0.73 RM, 0.78 RCM, 0.74 IC, 0.65 IPN, 0.65 IS e 0.64 ANC).

Tabela 1

Média, Desvio Padrão e Alfa nas oito dimensões da Escala

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Preocupações maternas (PM)	4.6	1.10	0.59
Auto-confiança maternal (ACM)	5.5	0.92	0.69
Relação matrimonial (RM)	5.5	0.99	0.69
Relação com a mãe (RCM)	5.5	1.17	0.67
Imagem corporal (IC)	4.9	1.25	0.67
Imagem própria negativa (IPN)	2.3	1.07	0.55
Interesse sexual (IS)	4.9	1.54	0.65
Aspectos negativos do cuidar (ANC)	2.5	1.28	0.60

As restantes oito sub-escalas não foram apresentadas uma vez que os seus valores de Alfa eram muito baixos comprometendo a validade interna. O item 8 da sub-escala Interesse Sexual, o item 14 da sub-escala Preocupações maternas e o item 32 da sub-escala Imagem própria negativa foram eliminados porque os seus valores de Alfa alteravam muito o valor de consistência interna da respectiva sub-escala.

A versão final do Questionário Atitudes Relativas à Maternidade é composta por 46 itens, divididos em 8 sub-escalas. São elas:

1) *Preocupações maternas*

Esta sub-escala é constituída por 5 itens relacionados com as preocupações e ansiedade da mãe em ser capaz de cuidar do bebé, reconhecer as suas necessidades e com o estado de saúde do filho. Por exemplo “Estou preocupada porque não sei o que fazer quando o meu bebé chora”. Valores mais altos indicam uma mãe mais ansiosa e com maiores preocupações maternas.

2) *Auto-confiança maternal*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens relacionados com a confiança que a mãe apresenta nas suas capacidades para desempenhar bem o seu novo papel.

Por exemplo “Sinto-me completamente pronta para a maternidade”. Valores mais altos indicam uma mãe com maiores níveis de auto-confiança.

3) *Relação matrimonial*

Esta sub-escala é constituída por 6 itens que avaliam a relação matrimonial e envolvimento do pai nos cuidados com o bebé. Por exemplo “Na realidade, o meu marido não entende o quanto é difícil cuidar de um bebé”. Valores mais altos indicam um pai mais compreensivo com a maternidade e que divide tarefas com a mãe e esta confia no seu companheiro para cuidar do bebé.

4) *Relação com a mãe*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens que avaliam a relação com a mãe e qual a sua influência nas atitudes face à maternidade. Por exemplo “A minha mãe tem sido uma grande fonte de apoio”. Valores mais altos são indicadores de que a mãe desempenha funções de suporte social para a puérpera.

5) *Imagem corporal*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens que avaliam a noção de imagem corporal da mãe enquanto grávida. Por exemplo “Senti-me menos atractiva quando estava grávida”. Valores mais altos indicam uma mãe que se identificava mais com a situação de grávida e que a vivencia de uma forma mais positiva.

6) *Imagem própria negativa*

Esta sub-escala é constituída por 3 itens que avaliam a imagem da pessoa face aos outros. Por exemplo “Sinto-me inferior relativamente à maioria das pessoas que conheço”. Valores mais altos representam uma mãe que se valoriza menos enquanto pessoa.

7) *Interesse sexual*

Esta sub-escala é constituída por 2 itens que avaliam a importância das relações sexuais na maternidade. Por exemplo “Sinto-me menos interessada em sexo do que antes”. Valores mais baixos indicam mães em que houve menos alteração da sua vida sexual.

8) *Aspectos negativos do cuidar*

Esta sub-escala é constituída por 3 itens relacionados com alguns aspectos negativos do cuidar do bebé, nomeadamente na amamentação e a mudança que

um filho faz em casa. Por exemplo “Sinto-me desconfortável ao ver mulheres amamentando os seus filhos”. Valores mais baixos identificam uma mãe mais adaptada à situação de cuidar de um bebé.

Correlação entre idade mãe e do pai, habilitações literárias da mãe, número de filhos e as sub-escalas

Analisaram-se, as associações entre a idade da mãe e pai, as habilitações literárias das mães, o número de filhos e os valores nas oito dimensões da escala. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Como se pode observar, na Tabela 2, a idade das mães, encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM). As habilitações literárias da mãe encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN). A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionados com Preocupações maternas (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM). O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM).

Tabela 2

Relação entre a idade, habilitações literárias das mães, idade dos pais, número de filhos e as oito dimensões da escala

	PM	ACM	RM	RCM	IPN
Idade Mãe	-0.27**			-0.24**	
Hab. literárias mãe		-0.27**			-0.17*
Idade Pai	-0.26**		-0.173*	-0.29**	
Número de filhos		0.36**			

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

Preocupações maternas e género do bebé

Procurou-se ver se havia diferença entre o género do bebé e as preocupações maternas, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo havia diferenças significativas quanto ao género, as mães apresentavam maiores preocupações maternas em relação às raparigas do que aos rapazes [$F(1,194)=8.22$, $p < 0.05$].

DISCUSSÃO

Este estudo pretendia testar o Childbearing Attitudes Questionnaire para a realidade portuguesa, através dos valores encontrados de α de *Cronbach*, estes foram semelhantes ao da versão original, podemos dizer que a consistência interna encontrada é aceitável, pois sabemos que esta varia entre 0 e 1 e que entre .60 e .65 é minimamente aceitável e entre .70 e .80 respeitável (Almeida & Freire, 2003). A estabilidade do instrumento ao longo do tempo não foi testada, uma vez que as atitudes da mãe vão mudando ao longo do primeiro ano de vida, pois estão dependentes do nível de conhecimentos inerentes à maternidade e da aprendizagem que a mãe faz das necessidades do bebé. Este é composto por 46 itens e oito sub-escalas, destes 15 itens não são cotados. O instrumento é fiável e pode ser utilizado em Portugal, como importante medida das atitudes relativas à maternidade.

Os nossos resultados relativamente a idade das mães, encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM), onde se pode perceber que quanto mais velha é a mãe menos preocupações maternas e menor dependência ela tem da sua mãe, o que está de acordo com os estudos de Blunk e Williams (1999) e Edwins et al. (2001). Nestes estudos, as mães mais velhas apresentavam menores níveis de ansiedade, logo estas mães têm a capacidade de arranjar estratégias de *coping* mais facilmente, são mais seguras e conseguem dar respostas mais adequadas ao bebé, possibilitando que estejam menos dependentes de outras pessoas para lidarem com o bebé. Relativamente às habilitações literárias encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN), o que significa que quanto mais elevadas as habilitações literárias menor o nível de auto-confiança para se relacionarem com o bebé e da sua percepção em lidar com a situação, o que está de acordo com a literatura (Mercer, 1986), uma vez que estas mães investem muito na carreira e adiam a maternidade, estando mais orientados para as funções profissionais e não maternas, por isso quando decidem ser mães têm mais dúvidas e apresentam maior grau de dificuldade para cuidar do bebé.

A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionados com Preocupações maternas (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM), o que significa que quanto mais velho é o pai menores preocupações tem com o bebé, menos envolvido está nos cuidados com o bebé e menor necessidade tem do apoio da sua mãe. Estes dados estão de acordo com a literatura, em que os pais mais tradicionais, por isso mais velhos, ainda estão muito ligados ao seu papel de principal financiador da família, a sua função é traba-

lhar e contribuir financeiramente para o bem-estar da família e não para se envolver nos cuidados com o bebé (Pittman, Wright, & Lloyd, 1989). Nos resultados relação matrimonial e idade do pai, ambos estão correlacionados de forma significativa e negativa, o que significa que quanto mais velho for o pai menor relação tem com a companheira. Estes tendem a ser menos compreensivos com as mães, nas suas tarefas inerentes à maternidade e envolvem-se menos nessas funções, o que parece que está de acordo com Isabella e Belsky (1985), em que destacam o nascimento de um bebé como um período de crise e de diminuição da satisfação na relação matrimonial, que pode ter começado já nos últimos meses da gravidez. O facto de não haver estabilidade na relação pode levar a que a mãe não confie ao pai as funções de cuidar do bebé, pois sabemos através da revisão da literatura que os pais que se envolvem mais nos cuidados parentais são aqueles que anteriormente ao nascimento do bebé já tinham uma boa relação matrimonial. Por isso, os pais ao estarem menos envolvidos nos cuidados ao bebé têm menores preocupações na relação com ele e menor necessidade do apoio das suas mães. A auto-confiança das mães também está relacionada com o apoio social que estas recebem dos maridos, uma vez que estes pais se envolvem menos na relação com o bebé também a mãe tem menos suporte, daí ser mais difícil a mãe ter disponibilidade emocional para dar respostas adequadas ao bebé (Knauth, 2001; Cronin, 2003).

O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM), o que se entende pois quanto maior for o número de filhos que uma mulher tem maior experiência em lidar com crianças e por isso maior auto-confiança enquanto mãe.

Relativamente ao género do bebé e às preocupações maternas, os nossos resultados apontam para uma maior preocupação das mães para com as raparigas, do que com os rapazes. Embora caminhemos para uma sociedade em que se pretende que haja igualdade entre sexos, o que se percebe é que ainda existem muitos valores tradicionais enraizados na nossa cultura, associando por isso as meninas como seres mais frágeis, sensíveis e necessitando de mais cuidados (Leal, 2006). Uma vez que se encontraram estes dados e no sentido de se generalizar esta conclusão seria importante fazer novo estudo com uma população mais abrangente para ver se esta relação se mantém.

Instrumentos como este permitem desenvolver estudos para avaliar as atitudes da mãe face à maternidade, possibilitando aos profissionais de saúde uma intervenção ajustada às necessidades das famílias.

APÊNDICE SUB-ESCALAS

Sub-escala Preocupações maternas

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Há tanto para saber acerca de bebés que eu me questiono se serei capaz de aprender o suficiente para me sentir à vontade.	18,01	19,454	,391	,510
Estou preocupada porque não sei o que fazer quando o meu bebé chora.	18,87	21,730	,335	,543
Questiono-me se serei capaz de dar ao meu filho todo o amor que ele / ela necessitará.	18,99	17,576	,394	,512
Muitas vezes dou comigo preocupada com a saúde do meu bebé.	17,02	23,404	,299	,561
Sinto ansiedade em cuidar da minha família.	18,11	21,438	,329	,545

Sub-escala Auto-confiança maternal

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Estou certa que sou uma boa mãe.	16,54	7,919	,492	,616
Não tenho dificuldades em sentir-me à vontade a cuidar dos meus filhos.	16,77	7,267	,426	,668
Sinto-me completamente pronta para a maternidade.	16,34	7,827	,488	,618
Estou segura das minhas capacidades.	16,46	8,030	,511	,607

Sub-escala Relação com o marido

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Na realidade, o meu marido não entende o quanto é difícil cuidar de um bebé.	27,72	23,448	,517	,625
O meu marido / companheiro frequentemente esgota a minha paciência.	27,38	24,196	,539	,619
Sinto-me mais próxima do que nunca do meu marido / companheiro.	27,35	28,559	,314	,688
Estou incomodada pela falta de envolvimento do meu marido / companheiro nos cuidados diários do bebé.	27,43	24,765	,475	,640
O meu marido / companheiro e eu passamos muito pouco tempo juntos.	28,06	25,163	,299	,713
Sinto-me à vontade para pedir ao meu marido / companheiro para cuidar do bebé quando saio.	26,76	27,739	,504	,646

Sub-escala Relação com a mãe

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
A minha mãe tem sido uma grande fonte de apoio.	16,68	11,995	,517	,564
A minha mãe não concorda comigo no modo de criar os filhos.	17,04	14,144	,306	,703
Sempre me senti muito próxima da minha mãe.	16,58	11,962	,559	,536
Tento evitar passar muito tempo com a minha mãe.	16,30	13,290	,454	,609

Sub-escala Imagem própria negativa

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Lido bem comigo em reuniões sociais.	4,38	5,950	,349	,472
Sinto-me inferior relativamente à maioria das pessoas que conheço.	5,14	5,740	,353	,462
Muitas vezes sinto que não há nada que eu consiga fazer bem.	4,01	3,942	,404	,391

Sub-escala Interesse sexual

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Sinto-me menos interessada em sexo do que antes.	5,25	2,765	,489	
Quase já não tenho fantasias sexuais.	4,55	3,663	,489	

Sub-escala Aspectos negativos do cuidar

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Sinto-me desconfortável ao ver mulheres amamentando os seus filhos.	5,66	8,360	,499	,412
A desordem que os bebés fazem incomoda-me muito.	5,12	8,190	,420	,495
Sentir-me-ia embaraçada amamentando o meu filho em público.	4,12	6,692	,358	,629

Sub-escala Imagem do Corpo

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Senti-me menos atractiva quando estava grávida.	14,99	14,863	,415	,630
Enquanto estava grávida preocupava-me que o meu corpo nunca mais voltasse a ser o mesmo.	15,99	14,655	,428	,622
Algumas vezes senti-me embaraçada pela forma do meu corpo enquanto estava grávida.	14,08	13,696	,543	,535
Gostei de me ver grávida.	13,57	18,067	,458	,616

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Sligo, J., Jaffee, S., Woodward, L., & Silva, P. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: A prospective study of mothers and fathers of 3-years-olds. *Child Development*, 76(2), 384-396.
- Blunk, E., & Williams, S. (1999). A comparison of adolescent and adult mothers' maternal separation anxiety. *Social Behavior and Personality*, 27(3), 281-288.
- Bornstein, M., Hendricks, C., Hahn, C.S., Haynes, O., Painter, K., & LeMonda, C. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: A multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice*, 3(4), 285-326.
- Cappuccini, G., & Cochrane, R. (2000). Life with the first baby: Women's satisfaction with the division of roles. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 189-202.
- Ceballo, R., Lansford, J., Abbey, A., & Stewart, A. (2004). Gaining a child: Comparing the experiences of biological parents, adoptive parents, and stepparents. *Family Relations*, 53(1), 38-48.
- Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451-481.
- Cowdery, R., & Knudson-Martin. (2005). The construction of motherhood: Tasks, relational connection, and gender equality. *Family Relations*, 54, 335-345.
- Cox, M., Burchinal, M., Taylor, L., Frosch, C., Goldman, B., & Kanoy, K. (2004). The transition to parenting: Continuity and change in early parenting behaviour and attitudes. In R. Conger, F. Lorenz, & K. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations-theory, methods, and empirical findings*. New Jersey: Erlbaum.
- Cronin, C. (2003). First-time mothers their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267.
- Cutrona, C. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.
- Deutsch, F., Ruble, D., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 420-431.
- Elek, S., Brage Hudson, D. & Bouffard, C. (2003). Marital and Parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-67.
- Erdwins, C., Buffardi, L., Casper, W., & O'Brien, A. (2001). The relationship of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Family Relations*, 50(3), 230-238.

- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 176-191.
- Fleming, A., Ruble, D., Flett, G., & Van Wagner, V. (1990). Adjustment in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, 26(1), 137-143.
- Francis-Connolly, E. (2000). Toward understanding of mothering: A comparison of two motherhood stages. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 281-289.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research*, 34, 103-116.
- Glade, A., Bean, R., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American of Family Therapy*, 33, 319-336.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.
- Grace, J. (1993). Mothers' self-reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 431-439.
- Heinecke, C. (1984). Impact of pre-birth parent personality and marital functioning on family development: A framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology*, 20, 1044-1053.
- Heinecke, C., Diskin, S., Ramsey-Kleen, D., & Given, K. (1983). Pre-birth parent characteristics and family development in the first year of life. *Child development*, 54, 194-208.
- Hill, C., Stein, J., Keenan, K., & Wakschlag, L. (2006). Mother's childbearing history and current parenting: Patterns of association and the moderating role of current life stress. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 412-419.
- Hock, E., Lutz, W. (1998). Psychological meanings of separation anxiety in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology*, 12, 41-55.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60 (3), 793-802.
- Hock, E., & Schirtzinger, M. (1992). Maternal separation anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development*, 63, 93-102.
- Hsu, H.C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: Infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, 27, 113-133.
- Hudson, D., Elek, S., & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31-43.
- Hyde, J., Else-Quest, N., Goldsmith, H., Biesanz, C. (2004). Children's temperament and behaviour problems predict their employed mothers' work functioning. *Child Development*, 75(2), 580-594.

- Isabella, R., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6, 505-522.
- Kaitz, M., & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of new fathers and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 540-555.
- Knauth, D. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23, 496-509.
- Knauth, D. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Leal, I. (2006). O feminino e o materno. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 51-74, 2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Lowinger, S. (1999). Infant irritability and early mother-infant reciprocity patterns. *Infant and Child development*, 8, 71-84.
- Luthar, S., Doyle, K., Suchman, N., & Mayes, L. (2001). Developmental themes in women's emotional experiences of motherhood. *Development and Psychopathology*, 13, 165-182.
- McBride, S., & Belsky, J. (1988). Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology*, 24, 407-414.
- Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43(1), 38-43.
- Oates, D., & Heinecke, C. (1985). Prebirth prediction of the mother-infant interaction: The first year of life. *Journal of Family Issues*, 6(4), 523-542.
- Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-280.
- Pittman, J., Wright, C., & Lloyd, S. (1989). Predicting parenting difficulty. *Journal of Family Issues*, 10(1), 267-286.
- Pizur-Barnekow, K. (2006). Maternal attitudes and self-definition as related to perceptions of infant temperament. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 494-499.
- Porter, L., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Pridham, K., & Chang, A. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 204-216.
- Pridham, K., Chang, A., & Chiu, Y.M. (1994). Mothers' appraisals: The contribution of perceived infant temperament. *Research in Nursing & Health*, 17, 381-392.
- Pridham, K., Lin, C.Y., & Brown, R. (2001). Mothers' evaluation of their caregiving for premature and full-term infants through the first year: Contributing factors. *Research in Nursing & Health*, 24, 157-169.
- Ruble, D., Fleming, A., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 450-463.

- Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- White, L., & Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435-449.
- Wicki, W. (1999). The impact of family resources and satisfaction with division of labour on coping and worries after the birth of the first child. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 431-456.

ABSTRACT

The transition to motherhood is a time of great change in the life of any woman. There are several areas that can contribute to these changes in a more peaceful way, these include: social support, marital satisfaction, information on pregnancy and postpartum, self-confidence, beliefs and childbearing attitudes. The purpose of this study is to validate Childbearing Attitudes Questionnaire in the Portuguese population. The sample consists of 241 mothers with an average age of 30.95 years, with 14.7 years of education, most of the mothers were married or had a stable relationship (84,2%). The internal consistency of the CAQ had values of Cronbach's alpha ranging between .59 and .69 in the 8 sub-scales that are part of the scale. We found correlations between the age of the mothers, mother's education, father's age and number of children with some of the sub-scales. Mothers of girls had more maternal concerns than mothers of boys. This study shows that the version of the CAQ-Portuguese (CAQ-P) may be a valid and reliable measure to assess attitudes concerning motherhood in Portugal.

Instruments such as this enable health professionals to develop programs to support families and their evaluation.

Key-words: Childbearing attitudes. Maternal image. Maternal skills. Measuring instruments. Social support.