

# **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**

Nº 30

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 Universitário

## Editorial

*Maria Luís Borges de Castro* p. 5**ARTIGOS**

## Maus-tratos e laços

*Lia Moreira, Graça Fernandes,  
Goretti Dias, Camila Gesta,  
Florabela Barreira, Rosário Figueiredo,  
& Armandina Correia* p. 7*Folie à deux* – Revisão temática*Maria Moura* p. 17

## Depressão na criança

*Mariana Martins, Vânia Costa,  
& Graça Mendes* p. 31Um olhar sobre o para-suicídio  
na adolescência*Mónica Salgado  
& Ema Lima das Neves* p. 53Influência dos esteróides nas  
perturbações afectivas e do  
comportamento – Revisão do tema  
a propósito de um caso clínico*Neide Urbano* p. 59Resiliência: Do conceito teórico à aplicação  
clínica*Sara Almeida* p. 77

Normas de Publicação p. 91

No seguimento do Editorial do número da “nossa” Revista a propósito da vinculação, pareceu-me oportuno tecer algumas considerações sobre o simbolismo e a realidade externa na sua vertente produtiva/evolucionista do desenvolvimento psico-afectivo:

Assim, para mim, a capacidade simbólica de qualquer indivíduo é a grande liberdade mental da sua vida.

É-o, porque é ela que nos dá a capacidade de comunicar, o que implica que somos um só, individualizados e com desejo de estar com o outro.

Esta capacidade resulta de uma base constitucional e de uma evolução psíquica, que só se pode realizar através de uma relação privilegiada, contínua e satisfatória com a mãe (ou substituto materno). Ou seja, a capacidade de simbolismo existe como resultante da relação objectal e tem como finalidade a comunicação.

Como sabemos é na *relação precoce*, que se estabelecem trocas de impulsos entre a mãe e o bebé, que vão sendo sucessivamente descodificados pela mãe e organizando o aparelho mental do filho.

Esta descodificação passa-se a dois níveis:

- *Na interpretação* dos dados da realidade transmitidos pelo bebé (choro, ou silêncio, etc.);
- *Na antecipação* ao atribuir um significado a atitudes por ele manifestas.

Nesta descodificação passam-se tempos em que o entendimento se estabelece e em ambos há apaziguamento; noutros há um desfasamento de impulsos que leva à insatisfação mútua. Se esta alternância for equilibrada, o seu resultado é positivo, ou seja há momentos de uma profunda união, mesmo simbiótica, e noutros em que a separação se dá. A primeira não pode ser eterna e muito profunda. A segunda não deverá ser muito duradoira e deverá ser qualitativamente aceite.

É à medida que o tempo passa, que as competências do recém-nascido vão aumentando e as fantasias da mãe vão sendo mais variadas e ricas de

ambivalência, que esta ligação profunda se vai alargando no espaço psíquico. Significa que o todo se quebra para dar origem a dois seres individualizados.

Assim, nestes períodos, tanto de simbiose, como de separação o bebé passa por estádios em que utiliza a função e contém o objecto. Outras vezes estes dois estádios não existem. Então para acalmar a sua angústia ele deverá alucinar o objecto. Poder-se-á dizer que se constitui o desejo.

Este processo é organizador porque vai ser por este meio que o bebé vai perdendo a onnipotência, visto ter de reconhecer antecipadamente uma carência.

Segundo H. Segal está-se na fase de *equação simbólica*. A tridimensionalidade ainda não foi estabelecida. A dimensão que estabelece a relação entre o que é na realidade e a fantasia ainda não está instituída. No dizer de P. C. Racamier *a palavra é a própria coisa*. Há uma colagem entre o símbolo e o simbolizado.

Na continuação desta evolução dá-se portanto o estabelecimento da diferenciação entre o símbolo e o simbolizado.

Assim, segundo D. W. Winnicott, poder-se-ia dizer que o espaço potencial se encontra entre estes dois conceitos. Da existência deste espaço resulta a possibilidade de subjectivação, isto é, distinguir os próprios objectos, para mais tarde poder traduzi-los de uma forma abstracta.

É neste contexto que o autor dá especial relevo aos objectos transitivos, como elementos separadores da díade. Assim estes mediatizam uma área entre a criança e a mãe, criando o espaço transitivo. Estes são separadores por serem como que pertencentes dos dois. Se são partes de ambos é porque estes já são separados, indo assim confirmar-se a separação.

Então, pode também concluir-se que estes objectos são a ponte entre a realidade externa e interna, desejo e alucinação do objecto e o próprio objecto.

Sai-se assim da equação simbólica para o simbolismo, “isto é, como se fosse aquilo”. Pode assim entrar-se no jogo, na *criatividade primária*. Estabelece-se deste modo uma forma de linguagem, ou melhor, de código de linguagem.

Vê-se, que é na relação primária, que o afecto tem um dos papéis mais importantes no despoletar de toda a formação do aparelho psíquico. São os aspectos positivos ou negativos, de amor, de agressividade, de aproximação e de rejeição, com a maleabilidade e aceitação adequados, que proporcionam a tal capacidade de substituição do objecto pelo seu desejo e vice-versa.

*Maria Luís Borges de Castro*

Lia Moreira \*  
Graça Fernandes\*\*  
Goretti Dias \*\*\*  
Camila Gesta \*\*\*\*  
Florbela Barreira \*\*\*\*\*  
Rosário Figueiredo \*\*\*\*\*  
Armandina Correia \*\*\*\*\*

## RESUMO

*A exposição das crianças à violência levanta grande preocupação no que concerne ao impacto no seu desenvolvimento comportamental, emocional, social e cognitivo, mesmo quando não são vítimas directas dessa violência. É consensual que experiências traumáticas durante os primeiros anos de vida influenciam o desenvolvimento cerebral da criança, assim como a sua interacção com o mundo exterior ao longo da vida. Os maus-tratos aumentam o risco da criança desenvolver quadros depressivos, comportamentos auto-destrutivos, problemas alimentares, défice de atenção, menor rendimento académico, abuso de substâncias, promiscuidade sexual e delinquência.*

*As crianças nos diferentes estadios de desenvolvimento integram os acontecimentos traumáticos em função das suas competências cognitivas e capacidade de resiliência. A interacção conflituosa entre as figuras de suporte num espaço, teoricamente de segurança e protecção, propicia à criança a aprendizagem de modelos de violência na relação interpessoal, na resolução de conflitos e na imposição do poder sobre o outro.*

*As autoras pretendem estudar um grupo de crianças com stressores de violência que frequentam a consulta de 1ª infância do Departamento de*

---

\* IC de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto, Mestre em Medicina Legal, ICBAS-UP.

\*\* Assistente Hospitalar de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto, Mestre em Psiquiatria, FMUP.

\*\*\*\* Psicóloga Clínica, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*\*\*\* Enfermeira Especialista, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*\*\*\* Assistente Social, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*\*\*\* Educadora, Centro Hospitalar do Porto.

*Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHP. Pretendem avaliar o impacto da vivência de situações de violência no diagnóstico clínico, assim como, na relação com os cuidadores, de acordo com a classificação diagnóstica DC: 0-3R.*

*Palavras-chave:* Classificação diagnóstica DC: 0-3R. Psicopatologia da primeira infância. Violência.

## INTRODUÇÃO

O comportamento parental modela de forma decisiva o comportamento actual e futuro dos filhos. A relação pais-filhos representa a primeira experiência social das crianças, servindo de modelo para as suas relações futuras, na medida em que servirá de padrão para a criança sobre o que poderá esperar dos outros e como poderá corresponder as suas expectativas (Grassi-Oliveira, Ashy, & Stein, 2008).

A exposição da criança aos conflitos entre os seus principais cuidadores tem efeitos negativos no seu desenvolvimento comportamental, emocional, social e cognitivo mesmo quando não são vítimas directas de violência (Kaufman, 2007; Sani, 2003).

Em 2007, o *U.S. Department of Health and Human Services*, revelou que, no ano de 2005, 3.3 milhões de crianças foram referenciadas por maus-tratos. Destas, 899 mil foram oficialmente provadas. Crianças menores de 3 anos, sobretudo as raparigas apresentam maior risco de vitimização (Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Moylan, 2008). Em Portugal, as estatísticas apresentadas pela Associação Portuguesa de Apoio à vítima (APAV) em Fevereiro de 2005, dão conta que 6,8% dos crimes de violência doméstica apurados foram cometidos contra menores de 17 anos (durante o ano de 2004) (cit. em Sani, 2006).

A definição de violência doméstica difere de estudo para estudo, embora incluam critérios comuns, como testemunhar visual ou auditivamente, testemunhar consequências físicas na vítima, na casa ou envolvimento policial e tomar consciência da violência em casa.

É actualmente claro e consensual que experiências traumáticas durante os primeiros anos de vida, sobretudo nos primeiros três anos de vida, influenciam negativamente o desenvolvimento cerebral, assim como a sua interacção com o mundo exterior ao longo da vida, dadas as rápidas mudanças que ocorrem na

arquitectura cerebral durante esse período de desenvolvimento (Herrenkohl et al., 2008; Kaufman, 2007; Prasad, Kramer, & Ewing-Cobbs, 2005; Sani, 2006).

A exposição a violência aumenta o risco da criança desenvolver quadros depressivos, ansiosos ou outras perturbações pós-traumáticas, comportamentos auto-destrutivos, problemas alimentares, défice de atenção, menor rendimento académico, abuso de substâncias, promiscuidade sexual e delinquência, assim como replicar estes modelos de interacção na idade adulta (Harris, Lieberman, & Marans, 2007; Kaufman, 2007; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003). A existência de violência doméstica potencia o risco de abuso físico (Herrenkohl et al., 2008).

Contudo, é importante referir que nem todas as crianças expostas à violência interparental apresentam comportamentos de *coping* e stress desadaptativos. O impacto da violência na criança depende das características da criança [género, idade, temperamento, maturidade], da fase de desenvolvimento em que se encontra, das suas capacidades cognitivas e resiliência, das percepções e interpretações da criança acerca dos acontecimentos, das estratégias de *coping* que adopta, assim como das características dos pais e da presença de fratria (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

## OBJECTIVOS

As autoras pretendem estudar um grupo de crianças com stressores de violência, de acordo com a classificação diagnóstica DC: 0-3R, que frequentam a consulta de 1ª infância do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHP. Pretendem avaliar o impacto da vivência de situações de violência no diagnóstico clínico, assim como, na qualidade da relação com os cuidadores, segundo a DC: 0-3R.

## MATERIAL E MÉTODOS

As autoras seleccionaram todas as crianças que frequentam a consulta de 1ª infância do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHP desde Fevereiro de 2007 até Abril de 2009, com pontuação no Eixo IV da classificação diagnóstica DC: 0-3R.

A DC: 0-3R (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Revised, 2003*) é uma classificação pentaxial, especificamente concebida para a faixa etária 0-3 anos, que nos permite fazer uma clara diferenciação entre a perturbação da criança (Eixo I) e a perturbação da relação cuidador/criança (Eixo II), bem como, identificar e classificar outros factores relevantes nos restantes 3 eixos (Eixo III, Eixo IV, Eixo V). Neste estudo, utilizamos o eixo I – perturbação da criança, ou seja a experiência interna do seu mal-estar e/ou o comportamento disfuncional expresso, o eixo II – classificação da perturbação da relação, que descreve a qualidade comportamental, tonalidade afectiva e os aspectos psicológicos da relação da criança com o principal prestador de cuidados e o eixo IV – lista de stressores psicossociais.

Para a classificação de perturbação da relação no Eixo II devem ser considerados múltiplos aspectos da díade, tais como: nível de funcionamento global de ambos os pais e criança, nível de stress nos pais e criança, capacidade de adaptação, nível de conflito e capacidade de resolução entre a díade e implicações da qualidade da relação no desenvolvimento da criança. Este eixo apresenta dois instrumentos para avaliar e classificar as Perturbações da relação: a PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) e a RPCL (The Relationship Problems Checklist). Com a PIR-GAS avalia-se a qualidade da relação cuidador-criança atribuindo-se valores que variam de 0 a 100. Os valores no intervalo de 81 a 100 correspondem a uma relação adaptada; de 41 a 80 podem existir características de tendência para uma relação perturbada; no intervalo de 0 a 40 existe necessariamente uma perturbação da relação. Com a RPCL podemos diagnosticar diferentes tipos de perturbação da relação: sobre-envolvida, sub-envolvida, ansiosa-tensa, zangada/hostil e a abusiva verbal, física e sexualmente. O diagnóstico relacional é de extrema utilidade nesta faixa etária: muitas perturbações da criança pequena são primariamente perturbações da relação, dada a sua dependência física e psíquica do adulto, e a influência das perturbações da relação sobre o seu desenvolvimento.

O diagnóstico de perturbação da relação, além de caracterizar estas situações, permite ainda orientar a intervenção terapêutica (Queirós, Goldschmidt, Almeida, & Gonçalves, 2003).

Todas as crianças que frequentam a consulta de 1ª infância realizam avaliação do desenvolvimento e avaliação sócio-familiar com a Escala de Graffar. O desenvolvimento é avaliado pela Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths que consiste num teste psicométrico normativo destinado a crianças dos zero aos oito anos de idade. Este teste encontra-se dividido em seis subescalas: Motora; Pessoal e Social; Audição e Linguagem; Coordenação Olho/Mão;

Realização; Raciocínio Prático. Através do recurso à utilização de materiais coloridos e variados, esta escala constitui uma forma de avaliação do desenvolvimento, que é feita com base numa série de itens que descrevem o comportamento das crianças. A escala de Graffar faz uma avaliação sócio-familiar e é constituída por 5 níveis de ordem decrescente de nível socio-económico.

Do grupo de crianças seleccionadas, definimos dois grupos com base na presença ou ausência de stressores de violência. Os itens seleccionados foram violência doméstica, abuso emocional, abuso físico, violência ou discórdia grave com irmão, abuso sexual, problemas judiciais, criança assiste a violência dentro de casa, criança assiste a violência fora de casa e rapto [Abduction].

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística com o programa estatístico SPSS V16.0. Dada a presença de variáveis nominais, utilizamos o teste qui-quadrado. Todos os testes foram realizados para um nível de confiança de 95%. Diferenças significativas foram observadas para p-valores inferiores a 5%.

## RESULTADOS

Obtivemos uma amostra total de 204 crianças, em que 43,6% ( $N=89$ ) pontuou no eixo IV. Deste grupo, subdividimos 2 grupos: as crianças expostas a violência ( $N=23$ ) e as não expostas a violência ( $N=66$ ). Verificamos então que 26% das crianças são expostas a factores diversos de violência.

Da nossa amostra global ( $N=89$ ), 65% são do sexo masculino e 35% do sexo feminino. Do grupo de crianças expostas a violência ( $N=23$ ), 32,3% são do sexo feminino e 22,4% do sexo masculino.

Embora com uma diferença estatisticamente não significativa, as crianças expostas à violência são, em média, referenciadas à nossa consulta em idades mais precoces. Em valores médios, verificamos que a data de nascimento das crianças expostas a violência é de 2004 e das crianças não expostas é de 2003, portanto terão em média 5 e 6 anos, respectivamente. (Grupo Não Exposto: média etária – 2003.88, DP – 1.209; Grupo Exposto: média etária – 2004.35; DP – 1.465).

A avaliação psicológica realizada à nossa amostra através do teste de Desenvolvimento Mental *Ruth Griffiths*, revelou que 68,5% das crianças apresenta um Quociente Global de Desenvolvimento (QGD) inferior à média esperada para a idade ( $<88$ ). Estes resultados são mais frequentes no grupo de crianças expostas à violência: 63% das crianças expostas e 40% das crianças não expostas apresentam um QGD  $<88$ .

Relativamente ao nível de escolaridade parental, verificamos que a maioria dos pais apresenta um nível de escolaridade básico. Novamente, constatamos que este nível de escolaridade é mais frequente no grupo exposto a violência. Analisando individualmente, verificamos que 69,5% das mães e 73,9% dos pais do grupo exposto a violência apresenta um nível de escolaridade básico. No grupo não exposto obtivemos este nível em 51,5% das mães e em 60,6% dos pais.

Os motivos de consulta mais frequentes na nossa amostra são as alterações de comportamento, seguidas de atraso da linguagem e perturbações do sono, em ambos os grupos. Verificamos contudo que a frequência das alterações de comportamento como motivo de consulta é superior no grupo exposto, na ordem de 65,2%, e de 49,2% no grupo não exposto.

Da avaliação sócio-familiar através da escala de Graffar, aferimos que a exposição a violência é transversal a todos os estratos sócio-económicos, mas com predomínio nos níveis inferiores.

Relativamente aos resultados obtidos pelo eixo 1 (perturbação na criança) verificamos que as crianças expostas a violência apresentam mais frequentemente diagnóstico no eixo 1, em comparação com as crianças não expostas. Os tipos diagnósticos mais predominantes são distintos consoante a exposição ou não de violência. Nas crianças expostas a violência, os diagnósticos mais frequentes são Perturbação Depressiva e Perturbação de Stress Pós Traumático (PSPT). Nas crianças não expostas a violência, os diagnósticos clínicos mais frequentes são Perturbação da Relação e Comunicação e Perturbação do Sono. Estudando a possível relação entre o diagnóstico no eixo 1 e a presença de violência, concluímos uma relação estatisticamente significativa entre a exposição a violência e os diagnósticos clínicos PSPT e Privação/Maus-tratos (Tabela 1).

No que concerne à avaliação do tipo de relação, o seguinte gráfico representa os resultados obtidos na PIR-GAS (eixo 2), divididos consoante a exposição ou não a violência. Neste estudo, não existe relação estatística entre o eixo 2 (relação cuidador-criança) e a exposição a violência. Contudo, as autoras constataram que a exposição a violência é percentualmente mais comum quanto menor for o valor da PIR-GAS (Gráfico 1).

Tabela 1

*Análise estatística entre exposição a violência e diagnóstico no eixo 1*

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>PSPT</b> [Pearson Chi-Square]	8,909	1	0,003
<b>Privação/Maus-tratos</b> [Pearson Chi-Square]	5,871	1	0,015

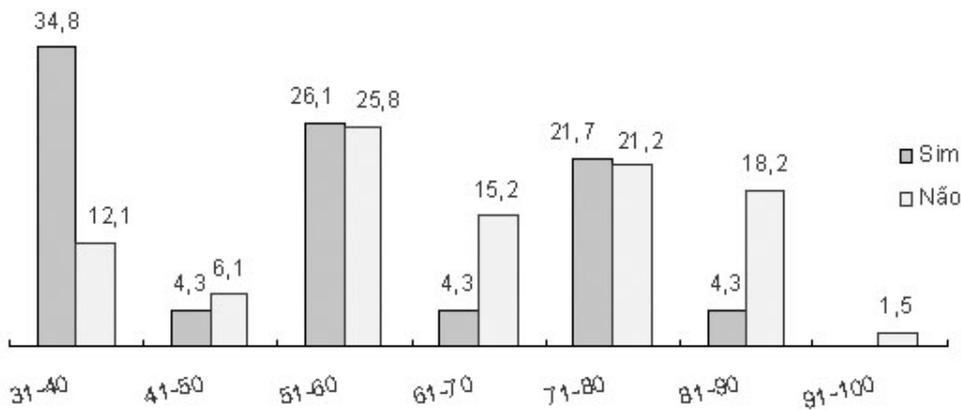


Gráfico 1. Relação entre PIR-GAS e exposição ou não a violência

## DISCUSSÃO

Da análise desta amostra clínica tornou-se visível o elevado número de crianças expostas a situações de violência. De acordo com a literatura, constatamos que as meninas são mais frequentemente expostas que os rapazes, para a mesma faixa etária. É igualmente evidente que famílias com menor literacia e estrato socioeconómico apresentam maior risco de vivenciar e transmitir padrões de interacção violentos. Da literatura é já conhecido o impacto destas experiências nos processos cognitivos, sociais e neurobiológicos das crianças, desde os trabalhos pioneiros de Freud com observação das crianças no período de guerra (1926) (cit. em Harris, 2007). Esta evidência é corroborada neste estudo na medida em que a avaliação de desenvolvimento realizada, verificou um desenvolvimento mental inferior das crianças expostas a violência, avaliado pelo Teste de Desenvolvimento Mental Ruth Griffiths.

No que concerne ao eixo I – perturbação na criança, obtivemos resultados concordantes com a restante literatura. Neste estudo verificamos que as crianças vítimas de violência apresentam mais frequentemente diagnóstico neste eixo, particularmente os diagnósticos de Perturbação de Stress Pós-Traumático e de Privação/Maus-tratos, com os quais encontramos uma relação estatisticamente significativa.

Relativamente ao impacto da exposição a violência na relação com os cuidadores, avaliada pela escala qualitativa PIR-GAS, no eixo II da classificação diagnóstica DC 0-3:R, não encontramos relação estatística significativa. Apesar de estatisticamente não significativo, encontramos uma

clara tendência de valores de PIR-GAS inferiores a 40, isto é, com padrões de relação significativamente perturbados ou abusivos, no grupo de crianças expostas a violência. De acordo com a literatura existente, esta escala tem-se mostrado um instrumento muito sensível na identificação de situações de risco (Tavares et al, 2009).

Nos resultados encontrados, podemos também verificar que, apesar de algumas crianças serem expostas a factores de stress violentos, de acordo com o eixo IV da DC 0-3:R, apresentam padrões de relação adequados com pelo menos um cuidador – habitualmente o que a traz à consulta. Estes padrões de interacção associados à capacidade de resiliência da criança podem ser factores protectores futuros do impacto negativo da exposição a violência.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo são de uma forma global concordantes com a literatura.

A experiência de sensação de perigo de forma inesperada e exagerada desencadeia uma desregulação traumática dos processos cognitivos, neurobiológicos e sociais, com manifestações comportamentais distintas consoante o estágio de desenvolvimento da criança, mas habitualmente expressa por dificuldades no relacionamento interpessoal, da aprendizagem e alterações de comportamento como agressividade, agitação, isolamento e problemas de atenção. Estes problemas podem ter um efeito perene no desenvolvimento e podem definitivamente alterar o desenvolvimento biológico da criança, sobretudo se a exposição traumática for crónica e as fontes de suporte inadequadas.

Dada a convergência dos resultados que enfatizam o significativo impacto da violência na saúde mental das crianças nesta faixa etária, a American Psychiatric Association formou um núcleo para os efeitos da violência nas crianças, que atestam que “a violência interpessoal, especialmente a violência experienciada por crianças é a maior causa prevenível de doença mental. O que é o fumo do cigarro para a restante medicina é a violência na infância precoce para a psiquiatria” (cit. em Harris et al., 2007).

O reconhecimento global das permanentes e duradouras consequências da exposição a violência exige uma optimização dos serviços e elaboração de um plano de intervenção às crianças traumatizadas e suas famílias. Para o efeito, parece fundamental haver uma melhor articulação entre os vários contextos

onde as crianças se inserem. Contudo, assistimos frequentemente à referenciação destas crianças à saúde mental pelas suas exuberantes manifestações comportamentais. Contudo, esta intervenção, quando isolada, tende ao insucesso e à perpetuação do quadro clínico. A intervenção eficaz nesta problemática necessita ser multidisciplinar, em que a Pedopsiquiatria encontra o seu lugar a par com outras intervenções no contexto escolar, social e familiar.

Este estudo reveste-se de uma importância clínica significativa, na medida em que alerta para a gravidade da exposição a experiências traumáticas no desenvolvimento mental das crianças e na promoção da sua saúde mental. As suas principais limitações são, no entanto, o tamanho da amostra e a ausência de um grupo controlo, impedindo a sua extrapolação para a população geral. Com base neste estudo, pretendemos futuramente alargar a nossa amostra assim como o emparelhamento com um grupo controlo, no sentido de avaliar em que medida o padrão de relação (eixo II) desempenha um papel protector na psicopatologia da criança (eixo I).

## BIBLIOGRAFIA

- Brancalhone, P., Fogo, J., & Williams, L. (2004). Children exposed to marital violence: Assessment of academic performance. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 20(2), 113-117. Brasília.
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: Effects of allostatic load? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 30(1), 60-68.
- Harris, W., Lieberman, A., & Marans, S. (2007). In the best interest of society. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 392-441.
- Herrenkohl, T., Sousa, C., Tajima, E., Herrenkohl, R., & Moylan, C. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84-99.
- Kaufman, J. (2007) Child abuse and neglect. In A. Martin & F. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (4th ed., pp. 693-70). Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kitzmann, K., Gaylord, N., Holt, A., & Kenny, E. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Prasad, M., Kramer, L., & Ewing-Cobbs, L. (2005). Cognitive and neuroimaging findings in physically abused preschoolers. *Arch. Dis. Child.*, 90, 82-85.
- Queirós, O., Goldschmidt, T., Almeida, S., & Gonçalves, M.J. (2003). O outro lado das birras. Alterações de comportamento na 1ª infância. *Análise Psicológica*, 21(1), 95-102.

- Sani A. I. (2006) Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, 180(41), 849-864.
- Sani, A. I. (2003). *As crenças, o discurso e a acção: As construções de crianças expostas à violência interparental*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Minho. Braga.
- Tavares, S., Vilela, L. Fernandes, G., Dias, G., Lima, C., Falco, C., & Gesta, C. (2009). DC:0-3R. que vínculos? *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 27(2), 53-65.
- Hawley, T. (2000). *How early experiences affect brain development*. Starting smart. Ounce of Prevention Found and ZERO TO THREE.
- Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs. (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington.

### ABSTRACT

The negative impact of violence exposure raises great concern with respect to its implications in the behavioural, emotional, mental and social development of children, even when they are not direct victims of this violence. It's consensual that traumatic experiences during the first years of life influence the cerebral development of children, as well as their interaction with others throughout life. Violence exposure increases the risk of the child to develop depressive problems, self-destructive behaviours, eating disorders, inattention, learning problems, substance abuse, sexual promiscuity and conduct problems. When the child is exposed to parents' violence learn violent behaviour patterns that the child will use in peers relationship and to face conflict resolution. The authors intend to study a clinical group of children exposed to violence, who attend regularly the First Infancy Unit of the Child and Adolescent Psychiatry Department of Centro Hospitalar do Porto. We pretend to evaluate the impact of exposure to violence in the child psychiatric diagnosis, as well as, in the relationship with their caregiver, according to diagnostic classification DC: 0-3R.

*Key-words:* DC: 0-3R. Toddler psychopathology. Violence.

## RESUMO

*Folie à Deux é um conceito introduzido na clínica por Lasègue e Falret (1877). Descreve uma condição rara que se caracteriza pela partilha de ideias delirantes em indivíduos que mantêm uma relação de proximidade – um dos elementos manifesta um delírio previamente estabelecido.*

*Esta condição tem colocado algumas questões ao nível da caracterização diagnóstica. Nos sistemas de diagnóstico comumente utilizados está enquadrada na perturbação psicótica partilhada (DSM-IV-TR) ou na perturbação delirante induzida (ICD-10). Colocam-se igualmente questões no que concerne aos limites diagnósticos, uma vez que os critérios actuais sublinham a importância de ausência de doença psiquiátrica no caso secundário, em vez da psicopatologia induzida pela proximidade com um caso primário. Nesse sentido, tem-se verificado história psiquiátrica precedendo o aparecimento da perturbação tanto nos casos primários como nos secundários. Por outro lado, verifica-se que o diagnóstico nos casos primários é mais heterogéneo do que originalmente pensado.*

*A etiopatogenia desta síndrome permanece pouco esclarecida. Contudo, propõe-se que a perturbação só se possa desenvolver se houver uma predisposição genética no caso secundário. Não obstante, são apontados diversos factores ambientais importantes, nomeadamente o isolamento. Há autores que se referem a vulnerabilidades relacionadas com uma regressão séria na presença de uma perturbação no processo de separação-individação durante a infância.*

*Palavras-chave:* Co-morbilidade. Folie à deux. Folie à famille. Perturbação delirante induzida. Perturbação psicótica partilhada.

---

\* Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital D. Estefânia.

## INTRODUÇÃO

O conceito de *Folie à Deux* é uma condição mórbida intrigante e é um fenômeno raro, apesar do primeiro caso reportado por William Harvey recuar a 1651 (Dantendorfer, Maierhofer, & Musalek, 1997). Na altura foi descrito um caso de duas irmãs com um delírio de gravidez (Hunter & Macalpine, 1963) (Ward, 2009). Em 1871 Legrand du Saulle publica *Le délire des persécutions*, a primeira obra onde surge a referência de delírio a dois e de ideias persecutórias comunicadas (Londono, 2010).

Em 1877, Lasègue e Falret introduziram esta denominação e descrevem o quadro de *Folie à Deux* como sendo um fenômeno no qual havia transferência de ideias delirantes de um indivíduo “primariamente” afectado (indutor) para um ou mais indivíduos “secundário” (receptor) (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Há casos reportados envolvendo até 12 elementos (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008). Na altura, vários nomes tiveram influência na discussão e criação de variantes do quadro descrito (que na sua essência permaneceu o mesmo), nomeadamente Baillarger, Lunier e Regis. Mais tarde, Maradon, Montyel, Ball e Arnaud (Londono, 2010).

Subsequentemente, a *Folie à Deux* foi também denominada de psicose partilhada, insanidade contagiosa e psicose relacional (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008). Cerca de 242 casos foram publicados entre 1877 e 2005. Quando uma família é atingida, na sua globalidade, usa-se o termo *folie à famille* (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008).

Os critérios diagnósticos de *Folie à Deux* foram propostos por Dewhurst e Todd (1956), apontando a necessidade de relação íntima entre os casos, um conteúdo delirante similar e uma aceitação, partilha e suporte do delírio do outro (Jana, Praharaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009).

Galnick (1942) esquematizou quatro subtipos de *Folie à Deux*: (1) *folie imposée*, a forma clássica, na qual o indivíduo com uma crença falsa transmite-a a outro; (2) *folie simultanée* na qual há um surgimento simultâneo de psicoses similares em duas pessoas que tem estado proximamente associada durante longo tempo; (3) *folie communiquée*, na qual a transferência do delírio ocorre após longo tempo de resistência no indivíduo secundariamente afectado e que, posteriormente, desenvolve um delírio independente; (4) *folie induite*, em doentes com uma doença psicótica primária em que um novo delírio é adicionado no seu sistema delirante prévio, sob influência de outro doente delirante. Os primeiros dois tipos são pensados como sendo primários, enquanto os dois segundos são considerados variações da *folie imposée* (Munro, 1998) (Jana, Praharaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009).

Nos sistemas diagnósticos actuais a *Folie à Deux* refere-se à perturbação psicótica partilhada (DSM-IV-TR, 297.3) ou a uma perturbação delirante induzida (ICD-10, F.24). Poucos casos cumprem critérios para diagnóstico (Dantendorfer, Maierhofer, & Musalek, 1997).

A ICD-10 tem como critérios para o diagnóstico de perturbação delirante induzida: (1) Duas ou mais pessoas que partilham o mesmo delírio ou sistema delirante e que se suportam mutuamente na sua crença; (2) Relação próxima inusual; (3) Há um contexto temporal ou outro com evidência que o delírio foi induzido no membro passivo do par por contacto com o membro activo (Ward, 2009).

O DSM-IV-TR tem como critérios de diagnóstico para perturbação psicótica partilhada: (A) As ideias delirantes desenvolvem-se em sujeitos no contexto de uma relação próxima com outra(s) pessoas(s), que já tem(têm) uma ideia delirante estabelecida; (B) A ideia delirante é no seu contexto semelhante à da pessoa que já tem uma ideia delirante estabelecida; (C) A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação psicótica ou por uma perturbação do humor com características psicóticas e não é devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou a um estado físico geral.

Alguns autores, mais recentemente, propõem (com base em Enoch e Ball) que o termo *Folie à Deux* deva ser usado se estiver presente: (1) um alto nível de elementos comuns no conteúdo delirante; (2) ausência de um síndrome psicopatológico correspondentes a entidades nosológicas distintas, no caso primário e secundário; (3) melhoria significativa do sintoma no caso secundário, após a separação, sem terapia neuroléptica substancial; (4) relação íntima e vivência comum entre os elementos; (5) dominância do caso primário em algum aspecto. E presença de algum tipo de vantagem para o caso secundário, na partilha do delírio. Assim, o diagnóstico de *Folie à Deux* deveria ser restrito para o subtipo de *folie imposée*, uma vez que a *folie simultanée* poderia ser devida a perturbações autónomas em ambos os doentes (Reif & Pfuhlmann, 2004).

## CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO

Na *Folie à Deux* um dos indivíduos é o elemento activo, com maior capacidade cognitiva que o outro, que crê no delírio e impõe-no progressivamente ao segundo, que se constitui como elemento passivo (Lasègue & Falret, 1877).

Pelo menos têm que ocorrer três condições para esta ocorrência. A primeira condição é que o indivíduo secundário tenha uma menor capacidade cognitiva, seja mais disposto à docilidade passiva que à emancipação e que viva uma

relação constante com o caso primário. A segunda é a presença de um elo relacional marcado. É necessário que os dois indivíduos vivam durante um longo período de tempo, numa vivência comum, dentro do mesmo meio, com partilha do mesmo modo de existência, dos mesmos sentimentos, dos mesmos interesses, das mesmas crenças e esperanças, e fora de qualquer influência do exterior (Lasègue & Falret, 1877). E, por fim, a existência de um algum tipo de lucro nessa sedução, qualquer que seja, porque, e segundo Lasègue, não se cede à pressão da *folie* a não ser que faça antever a realização de um desejo (Lasègue & Falret, 1877).

Um aspecto a focar é que o delírio tem que ser plausível, manter-se nos limites do possível, basear-se em feitos ocorridos no passado ou sobre crenças e esperanças por ocorrer (Lasègue & Falret, 1877).

O caso secundário pode partilhar os delírios do indutor na globalidade ou em parte, e em alguns casos desenvolve outros delírios similares ao do caso primário. O conteúdo do delírio pode depender do diagnóstico do caso primário (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008).

O termo “paranóia” era originalmente usado para denominar delírio isolado. O fenómeno delirante não é uniforme e monocasual, mas um sintoma de variados mecanismos patofisiológicos (Reif & Pfuhlmann, 2004). Todos os tipos de conteúdos delirantes podem ser transmitidos (Reif & Pfuhlmann, 2004).

## ETIOPATOGENIA

Bleuler considerava a psicose induzida como um modelo sem fronteiras definidas entre as psicoses psicogénicas e a esquizofrenia (Dantendorfer, Maierhofer, & Musalek, 1997). Com base no tipo de delírio, há autores que referem uma distinção em dois tipos, um tipo “We” (no qual o doente descreve o delírio no 1º tempo do plural) visto como egocentrismo paranóide e um tipo “I” (no qual o doente descreve o delírio no 1º tempo do singular), descrito como egocentrismo esquizofrénico. De acordo com a tradição psiquiátrica germânica, o tipo “We” poderia corresponder a um mecanismo “psicogénico” de formação do delírio e o tipo “I” a um mecanismo “endógeno” (Shimizu, 2004).

No que concerne o desenvolvimento deste quadro, tem-se enfatizado que, não obstante a necessidade de uma associação física próxima e emocionalmente íntima entre as duas pessoas afectadas, tenha que haver uma predisposição genética no caso secundário, para o desenvolvimento de psicose (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008; Patel, Arnone, & Ryan, 2004).

Pode ocorrer uma perturbação psicótica entre dois indivíduos não consanguíneos, quando há factores de risco psicológicos e dinâmicos, o que requer uma exploração detalhada para delinear a psicopatogénese de cada caso (Jana, Prahraj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009). Estudos recentes têm sugerido que os indivíduos que apresentam o quadro secundário têm uma susceptibilidade para o desenvolvimento de sintomas psicóticos, envolvendo um componente genético na sua etiopatogenia (Krellin, Cordeiro, & Vallara, 2007). Coloca-se a hipótese de que haja uma predisposição hereditária de um défice no teste da realidade social, havendo refúgio na fantasia (Patel, Arnone, & Ryan, 2004).

Mentojs et al., numa revisão de 1993, apontam para que em 22 dos 107 casos estudados já haveria provavelmente uma psicose prévia na altura da indução. Este aspecto corresponde ao conceito de *folie induite* e pode indicar um processo mais geral e intrigante de incorporação delirante em doentes pré-psicóticos ou psicóticos, o que acentua um comprometimento genético (Shiwach & Sobin, 1998).

Não obstante, os factores ambientais têm um peso marcado, sendo o principal factor de risco ambiental o isolamento social (Enoch & Trethowan, 1979), (Ward, 2009) associado ao contacto prolongado (Krellin, Cordeiro, & Vallara, 2007) e relação patológica entre os elementos (Jana, Prahraj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009). O isolamento social é descrito em 64.3% dos casos ocorrentes entre 1993 e 2005 (Arnone, Patel, & Tan, 2006), chegando a valores de 84% noutros estudos (Shiwach & Sobin, 1998). No mesmo estudo, aponta-se um contacto prolongado entre os indivíduos (73 meses) (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Outros factores de risco são referidos nos casos secundários como a personalidade passiva, incapacidade cognitiva, dificuldades da linguagem e eventos de vida adversos (Arnone, Patel, & Tan, 2006).

A relação entre o indutor e os casos secundários é muitas vezes de ambivalência dentro da mesma família e num contexto de tensão familiar. O indutor é uma figura dominante muitas vezes de maior idade, com maior capacidade cognitiva, e numa posição hierárquica ao caso secundário. O receptor tem sido descrito como mais sugestionável e num papel de dependência, sendo tímido, suspicioso e muitas vezes com história de traços neuróticos, irritabilidade e depressão (Ward, 2009).

Alguns autores reforçam aspectos pré-mórbidos na génese da vulnerabilidade para o desenvolvimento de *Folie à Deux*. Está reportado que os adultos sob grande *stress* sucumbem a uma regressão séria se tiver havido uma perturbação no processo de separação-individação durante a infância. Esta regressão resultaria numa identificação psicótica com o indutor (Mentjox et al., 1993) (Jana, Prahraj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009).

Clérambault preconizava que, para a compreensão da psicose e do delírio colectivo, ter-se-ia de partir da noção de automatismo mental, duvidando da possibilidade deste ser auto-sugerido, assim como da noção de que todos os modos e todos os graus de acção e interacção actuam nos intervenientes, focando o aspecto de colaboração mútua e de inter-reacção inconsciente na construção do delírio (Londono, 2010).

Segundo Lacan, a *Folie à Deux* pode permitir ao indivíduo primariamente afectado e psicótico fazer frente a uma “catástrofe subjectiva”. Assim, o par da díade pode ser um meio de completar e dar consistência ao delírio. O sujeito “passivo” pode ter o papel de apoio, para permitir uma sistematização delirante e uma possível estabilização. Surge a questão se o elemento “passivo” se presta ao delírio do “activo” e o grau de transferência que se pode estabelecer entre os dois. A transferência e a credulidade no outro pode ser um bom mediador para o prosperar do delírio (Londono, 2010).

A *folie à famille* – situação em que o delírio é partilhado por diferentes elementos dentro da mesma família – é uma situação que predominantemente envolve elementos com consanguinidade. Os casos que incluem indivíduos com ligações genéticas e outros sem (casal) corroboram a significância das relações próximas em adição à partilha genética (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008). Os casos em gémeos monozigóticos são intrigantes pela natureza sociogénica e ambiental (Shiwach & Sobin, 1998).

Na *folie à famille* as características familiares típicas incluem um isolamento social, dependência e ambivalência das relações familiares, crises familiares repetitivas, ameaça ou presença de comportamentos violentos, um membro familiar dominante (o indutor), com delírios e normalmente outros membros da família com traços de personalidade sugestionável, passiva e histriónica com menores capacidades cognitivas e domínio do género feminino, que partilham o delírio (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 200). Há três casos reportados na literatura de perturbação psicótica partilhada e reversa (podendo o filho ser o indutor numa *Folie à Deux* pais-filhos) (Lerner, Greenberg, & Bergman, 1996).

As taxas de estados paranóides têm aumentado entre grupos de imigrantes. O sentimento de alienação da nova cultura tem sido implicado, assim como um isolamento, falta de apoio e um sentimento de estímulos não entendíveis (Lerner, Greenberg, & Bergman, 1996). Há uma associação entre o isolamento social, especialmente no género feminino, e o surgimento de uma psicose paranóide. Pequenas famílias que vivem à parte da sua comunidade estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de *Folie à Deux*.

## CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS

Quanto às características demográficas, o estudo dos casos entre 1993 e 2005 aponta para uma média de idades, nos casos primários, de 53 anos e nos secundários de 46 (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Não há diferenças estatisticamente significativas entre géneros nos casos secundários, porém há um predomínio do género feminino como indutor – 72% (Mentjox et al.) (Lerner, Greenberg, & Bergman, 1996)

A história familiar de patologia psiquiátrica é referida em 23.8% dos casos primários e 28.6% dos secundários. A evidência de patologia psiquiátrica prévia ao início do delírio partilhado é referida em 24% dos casos primários e 11.9% dos secundários (Arnone, Patel, & Tan, 2006).

A maioria das situações ocorre dentro do contexto familiar nuclear (97.6%), e os restantes ocorrem em relações de amizade (2.4%). Dentro da família, a maior proporção é referida entre casais (52.4%), o segundo maior grupo ocorre entre irmãos (23.8%, com 50% em gémeos), seguindo-se as díades pais-filhos (31.1%), segundo o estudo de revisão dos casos entre 1993 e 2005 (Arnone, Patel, & Tan, 2006), embora haja outras referências que apontem para um predomínio entre irmãos (Enoch e Ball, 2004), seguindo-se os casais e as díades pais-filhos (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008; Jana, Praharaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009; Shiwach & Sobin, 1998). A revisão dos casos entre 1942 e 1993 não aponta diferenças (Silveira & Seemanm, 1995). Em relação à díade pais-filhos, os casos de descendentes “secundários” eram de 73.7%, o que pode expressar a maior susceptibilidade na indução de crianças (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Convém explicitar que não há uma diferença no síndrome entre casos com e sem consanguinidade (Shiwach & Sobin, 1998).

## CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

O síndrome originalmente descrito referia a transmissão do sintoma psicótico de uma pessoa doente para indivíduos saudáveis (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Contudo, a revisão mais recente descreve uma elevada prevalência de morbilidade nos casos “secundários” adicionalmente a história familiar de doença psiquiátrica. Nesse contexto, a exposição ao caso primário pode funcionar apenas como *trigger* para o “fenómeno psicótico transitório” num doente que desenvolveria por si um episódio psicótico (Arnone, Patel, & Tan, 2006).

No estudo de revisão dos casos ente 1993 e 2005, no que concerne o Diagnóstico, no caso primário o mais comum era a perturbação delirante, seguindo-se a esquizofrenia e perturbações afectivas. Embora, entre 1942 e 1993, surja um predomínio da esquizofrenia, seguida de perturbações afectivas e perturbação delirante (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Classicamente, há uma referência à esquizofrenia como diagnóstico principal, no caso primário (Gonul, Kiliç, Soyly, & Gul, 2008). Há estudos que apontam para um diagnóstico de esquizofrenia em 44% no caso primário, surgindo a perturbação bipolar em 3.7% (Patel, Arnone, & Ryan, 2004). Alguns doentes são diagnosticados com condições não psicóticas, como a perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação somatoforme e perturbação dissociativa (Munro, 1998) (Jana, Praharaaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009).

Nos casos secundários o diagnóstico *Folie à Deux* era o principal em 71.4%, contudo outros diagnósticos também eram apontados. A esquizofrenia em 14.3%, seguindo-se de depressão em 7.1%, défice cognitivo em 2.4% e perturbação afectiva bipolar em 4.8% (Arnone, Patel, & Tan, 2006; Ward, 2009) Outros estudos apontam taxas mais elevadas de patologia psiquiátrica nos casos secundários, que chegam a 62.5%, com referência a 1/3 como sendo depressão (Patel, Arnone, & Ryan, 2004). Só dois casos foram documentados com uma perturbação de aprendizagem (Ghaziuddin, 1991; Mazzoli, 1992) e um em contexto de patologia do espectro autista (Ward, 2009). Neste último caso propõe-se que haja um risco de vulnerabilidade, independente para *Folie à Deux* (Ward, 2009). Há também referência a quadros demenciais, nos casos secundários (Gonul, Kiliç, Soyly, & Gul, 2008).

Ao nível da personalidade há referência um aumento de perturbação de personalidade dependente, nos casos secundários (Jana, Praharaaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009). Apontam-se também traços de personalidade paranóide, anti-social e histriónica, para além de dependente (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008). Assim, estes indivíduos teriam um potencial de desenvolver perturbações psicóticas sem exposição a outros com psicose (Erol, Ersoy, Gulpek, & Mete, 2008).

Analisando o tipo de delírios mais comumente descritos, nos casos primários apontam-se os delírios persecutórios e de grandiosidade (Arnone, Patel, & Tan, 2006). Estando os delírios persecutórios presentes em 70%, segundo Gralnick (Lerner, Greenberg, & Bergman, 1996).

Na maioria dos casos (98-110%) o delírio é comum nas díades. As alucinações ocorrem em 59.5% nos casos primários e 52% nos secundários. Os casos secundários, em geral, têm experiências alucinatórias menos intensas. As alucinações mais comuns reportam-se a acústico-verbais, seguidas de somáticas

e visuais (Arnone, Patel, & Tan, 2006). A indução de alucinações não nega o diagnóstico de perturbação delirante induzida (WHO, 1992) (Jana, Praharaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009)

## PROPOSTAS DE REVISÃO DO QUADRO

Vários estudos sugerem que sejam feitas algumas alterações nos critérios diagnósticos de *Folie à Deux* tendo em conta a contextualização clínica dos casos.

Os critérios diagnósticos actuais sublinham a importância de ausência de doença psiquiátrica no caso secundário, em vez da psicopatologia induzida pela proximidade com um caso primário.

Os dados actuais referentes à psicopatologia nos casos secundários suportam a possibilidade de que a relação próxima com um caso primário se constitua enquanto *trigger* para uma condição psiquiátrica num indivíduo já susceptível. Este facto é também suportado pela elevada frequência de história familiar e passado psiquiátrico nos casos secundários.

Há evidência de história psiquiátrica precedendo o aparecimento da perturbação tanto nos casos primários como nos secundários. A ideia original de que a separação como forma de tratamento do caso secundário seria suficiente não é suportada.

O diagnóstico nos casos primários verifica-se que é mais heterogéneo do que originalmente pensado. Embora a esquizofrenia seja comum, a perturbação delirante e as perturbações afectivas também surgem com alguma frequência, fazendo sugerir critérios diagnósticos mais inclusivos. As alucinações, muito frequentes, não estão incluídas nos critérios diagnósticos (Arnone, Patel, & Tan, 2006 ; Shiwach & Sobin, 1998). Nesse sentido, há autores que propõem um diagnóstico multidimensional do processo de alucinação e classificação de casos com componente alucinatória como “psicose alucinatória induzida” ou “*folie à deux* alucinatória” (Dantendorfer, Maierhofer, & Musalek, 1997).

A perturbação no caso secundário é definida como puerilmente delirante e as alucinações não são aceites como fenómeno induzido. Importa sistematizar que, enquanto as pseudo-alucinações são geralmente consideradas como fenómenos psicogénicos sem disfunção orgânica, as verdadeiras alucinações estão mais intimamente relacionadas com alterações na função cerebral. Estudos de imagem mostram uma activação de estruturas cerebrais profundas (*tálamos, hipocampus, estriado ventral*) em todos os pacientes durante as alucinações auditivas, enquanto a activação neocortical associada é diferente

entre indivíduos. As estruturas cerebrais profundas têm um papel na geração ou resposta na actividade neocortical durante as alucinações, enquanto as diferenças na activação cortical podem reflectir diferenças no conteúdo sensorial exacto e qualidade de doente para doente. Foi demonstrado que estados psicológicos extremos como ansiedade e *stress* podem a nível funcional aumentar o ratio *signal-to-noise* do cérebro. Isto significa que alucinações verdadeiras podem ter uma origem “puramente endógena” como “puramente psicogénica”. Este poderá ser o mecanismo de génese de alucinações induzidas (Dantendorfer, Maierhofer, & Musalek, 1997).

Os dados actuais vão ao encontro de uma nova proposta de classificação da entidade nosológica – *Folie à Deux*. Assim, sugere-se uma panóplia mais vasta de psicopatologia no caso primário (ao invés da ideia inicial da presença de esquizofrenia), a possibilidade de morbilidade psiquiátrica no caso secundário, bem como uma susceptibilidade do caso secundário não necessariamente associada ao género feminino e o conhecimento de alterações socioculturais na apresentação desta situação (Arnone, Patel, & Tan, 20).

Há contudo autores que ainda preconizam uma visão menos inclusiva, sugerindo que, após uma avaliação em separado de cada caso, e se houver um síndrome psicopatológico bem definido, o diagnóstico de *Folie à Deux* deve ser rejeitado. Nesta visão, as crenças psicóticas deveriam ser olhadas como uma coloração patoplástica da perturbação (Reif & Pfuhlmann, 200).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Há alguns aspectos que devem ser tidos em linha de conta como possíveis factores confundentes do diagnóstico de *Folie à Deux*. Há algumas familiaridades com o denominado “síndrome de falsa memória”. Porém, neste, as memórias “reaparecem” durante a psicoterapia e não são mantidas contra todo o grau de evidência. Nesse sentido, a confabulação é o diagnóstico diferencial que se segue, mas o carácter monossintomático das ideias que se vão mantendo sem variações ao longo do tempo excluem esta possibilidade (Reif & Pfuhlmann, 2004).

Nos casos de indução envolvendo crianças, uma pessoa sugestionável ou de menor capacidade cognitiva poder-se-á questionar se o fenómeno não será devido a sugestões ou colusão com uma partilha do ponto de vista do outro do que correspondente a delírios propriamente ditos (Shiwach & Sobin, 1998). A melhoria com a separação, na *folie imposée*, pode ter mais em comum com processos não psicóticos de sugestão e colusão (Shiwach & Sobin, 1998).

Um aspecto importante é se outros sintomas psicopatológicos como perturbações psicomotoras, embotamento afectivo ou a perturbação formal do pensamento são transmitidos para o caso secundário. Se for o caso, e tendo em conta a classificação de esquizofrenia de Leonhad, dever-se-á ter em mente no diagnóstico diferencial de situações de *Folie à Deux* (em casos de consanguinidade) a Parafrenia *Affect-laden*, onde há um predomínio de sintomatologia delirante (Reif & Pfuhlmann, 2004). Porém, note-se que mesmo este diagnóstico teria que ser enquadrado nas classificações diagnósticas comumente usadas, para uma delimitação mais cuidada das fronteiras nosológicas (Stompe, Ortwein-Swoboda, Ritter, Marquart, & Schanda, 2005).

Os efeitos patoplásticos da cultura e subcultura dos conteúdos delirantes são conhecidos de estudos históricos e culturais dos delírios, mas a cultura pode apenas partilhar os conteúdos, mas não induz o delírio (Reif & Pfuhlmann, 2004).

## TRATAMENTO

A separação dos indivíduos acometidos é uma das abordagens terapêuticas mais utilizada. Esta abordagem tem uma função não só no caso secundário, mas também no caso primário, isto porque os indivíduos fornecem suporte mútuo um ao outro (Krellin, Cordeiro, & Vallara, 2007).

De acordo com a revisão da intervenção realizada entre 1993 e 2005, apurou-se que a intervenção usualmente realizada consiste na medicação em ambos os elementos da díade (33.3% dos casos primários e 30.9% nos casos secundários) (Arnone, Patel, & Tan, 2006), uma vez que o delírio não se resolve muitas vezes com a separação, sendo necessária medicação antipsicótica (Jana, Praharaj, Sarkar, Dotivala, & Chabungbam, 2009).

A separação resulta em resolução completa dos sintomas em apenas 40% dos casos no receptor (Howard, 1994), daí a necessidade de uso de antipsicóticos. Porém, estes não são indicados nos casos secundários com *folie imposée* (Johnstone et al., 1998) (Ward, 2009). Granlick aponta que por definição os casos de *folie imposée* melhoram com a separação e os de *folie communiquée* não melhoram, recomendando um período de separação de seis meses (Shiwach & Sobin, 1998).

Os casos de indivíduos mais idosos têm menor probabilidade de responder à separação (Shiwach & Sobin, 1998). O prognóstico é normalmente reservado com persistência de sintomas em ambos, ou no indutor ou com recorrência do quadro. Há também baixa resposta à separação no caso de implicação de

gêmeos, assim como uma baixa resposta aos antipsicóticos. Há, na generalidade, uma baixa resposta aos antipsicóticos, nas perturbações delirantes (Shiwach & Sobin, 1998).

## CONCLUSÃO

O Diagnóstico de *Folie à Deux* vem sendo reportado ao longo do tempo e tem sido questionada a forma de aprimorar o diagnóstico de acordo com a expressão clínica do quadro. Nesse sentido, há uma necessidade de permitir a delimitação de critérios que possam evitar a sobreinclusão, assim como um sub-diagnóstico da situação. A questão da etiopatogenia levanta uma problemática interessante ao nível das relações inter-pessoais que se criam, na sua interação com vulnerabilidades pessoais.

Este aspecto favoreceria que se testasse igualmente a resposta ao tratamento, nomeadamente a relação entre a resposta e a consanguinidade. Poder-se-ia testar a hipótese de que as díades não consanguíneas teriam mais baixa co-morbilidade psiquiátrica, melhorando com a separação, ao invés dos casos com história familiar positiva (Shiwach & Sobin, 1998).

Por outro lado, seria interessante integrar os conceitos dos diferentes subtipos de *Folie à Deux* como modo de testar grupos com eventual diferente resposta terapêutica. Pareceria também benéfica uma sistematização da abordagem terapêutica, nos seus componentes psicológicos e psicofarmacológicos, tanto nos casos primários como secundários, com eventual explicitação de melhores formas de intervenção.

## BIBLIOGRAFIA

- Arnone, D., Patel, A., & Tan, G. (2006). The nosological significance of Folie à deux: A review of the literature. *Ann. Gen. Psychiatry*, 5, 11.
- Dantendorfer, K., Maierhofer, D., & Musalek, M. (1997). Induced hallucinatory psychosis (folie à deux hallucinatoire): Pathogenesis and nosological position. *Psychopathology*, 30(6), 309-315.
- Erol A., Ersoy B., Gulpek, D., & Mete, L. (2008). Folie à famille: Case report. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 261-264.
- Gonul, M., Kiliç, A., Soyulu, S., & Gul, U. (2008). Folie à deux, diagnosed by delusional parasitosis. *EJD*, 18(1).

- Jana, A., Praharaj, S., Sarkar, S., Dotivala, K., & Chabungbam, G. (2009). Folie à deux between two unrelated individuals. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(3), 299-304.
- Krellin, R., Cordeiro, Q., & Vallara, H. (2007). Correspondências, implicações dos aspectos etiopatogénicos no tratamento da Folie à deux. *Rev. Assoc. Med. Bra.*, 53(4), 283-292.
- Lasègue, C., & Falret, J. (1877). La folie à deux. *Ann. Med. Psychol.*, 18, 321.
- Lerner, V., Greenberg, D., & Bergman, J. (1996). Daughter-mother folie à deux: Immigration as a trigger for role reversal and the development of folie à deux. *Isr. J. Psychiatry. Relat. Sci.*, 33(4), 260-264.
- Londono, D. (2010). La Folie à deux une entité confuse. *L'Evolution Psychiatrique*, 75(4).
- Patel, A.S., Arnone, D., & Ryan, W. (2004). Folie à deux in bipolar affective disorder: A case report. *Bipolar Disorders*, 6, 1-4.
- Reif, A., & Pfulmann, B. (2004). Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr. Psychiatry*, 45(2), 155-160.
- Shimizu, M. (2004). Folie à deux in schizophrenia—"psychogenesis" revisited. *Pub. med.*
- Shiwach, R., & Sobin, P. (1998). Monozygotic twins, folie à deux and heritability: A case report and critical review. *Medical Hypotheses*, 50, 369-374.
- Silveira, J., & Seeman, M. (1995). Shared psychotic disorder: A critical review of literature. *Can. J. Psychiatry*, 40, 389-395.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Ritter, K., Marquart, B., & Schanda, H. (2005). The impact of diagnostic criteria on the prevalence of schizophrenic subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 433-439.
- Ward, F. (2009). Folie a deux in learning disability and autistic Spectrum disorder. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 199, 171-176.

## RESUMO

*A depressão na criança é um problema de saúde pública significativo, persistente e recorrente, que pode determinar disfunção escolar e social, gerar conflitos familiares muitas vezes severos e que condiciona um consumo aumentado dos recursos de Saúde Mental.*

*Trata-se de uma perturbação sub-diagnosticada e sub-tratada, sobretudo devido às especificidades da população afectada e à sua apresentação clínica muitas vezes atípica. São reconhecidos diversos factores potenciadores do desenvolvimento da depressão nesta faixa etária, nomeadamente biomédicos e psicossociais.*

*A realização do rastreio sistemático desta psicopatologia, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, não é actualmente consensual.*

*É fundamental um diagnóstico precoce da depressão infantil, que é efectuado com base no DSM-IV-TR, tal como nos adultos. No entanto, é necessário identificar situações de comorbilidade e exclusão de causas secundárias.*

*Se possível, deve instituir-se tratamento e referência atempados e adequados, para prevenir a instalação de doença depressiva de longa-duração e suas sequelas, nomeadamente a interferência no funcionamento psicossocial, laboral e das relações familiares, bem como um aumento do risco de comportamentos suicidas e de suicídios consumados.*

*Muito tem sido investigado na área do tratamento da depressão infantil, nas últimas décadas. Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina tornaram-se*

---

\* Interna de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Nova Via, ACES Grande Porto IX, Espinho/Gaia.

\*\* Interna de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Camélias, ACES Grande Porto VIII, Gaia.

\*\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Pedopsiquiatria – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.

*amplamente utilizados para este fim. Mas preocupações relativamente aos seus efeitos e segurança, fizeram com que se alargasse a procura a outras alternativas. No entanto, é ainda necessário pesquisar muitos aspectos nos anos vindouros, mantendo-se em aberto a agenda para a futura investigação nesta área.*

*O objectivo deste trabalho é realizar uma análise da informação mais importante disponível sobre a depressão pediátrica, sobretudo a relativa à terapêutica existente, com o intuito de orientar a toma de decisões clínicas e contribuir para uma melhoria do tratamento da perturbação depressiva major pediátrica e da qualidade de vida destes doentes.*

*Palavras chave:* Antidepressivos. Criança. Depressão. Suicídio.

## INTRODUÇÃO

A depressão na criança só começou a merecer a atenção devida das ciências da saúde a partir da segunda metade do século XX.

Apesar das particularidades desta perturbação e da própria população em si, é de destacar que as recomendações de algumas associações mundiais, tais como as da *American Psychiatric Association*, não fazem qualquer distinção entre os doentes adultos e os pediátricos (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Com base nos dados mais recentes, nas crianças, é estimada uma prevalência da perturbação depressiva major entre 0,5 e 3%, dependendo do rigor usado nos critérios diagnósticos (Marcelli, 2009). Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento deste diagnóstico. A perturbação depressiva major é igualmente prevalente em ambos os sexos até à adolescência, altura em que a incidência aumenta de forma marcada e em que passa a ser mais frequente nas raparigas, para o que poderá contribuir as diferentes formas de  *coping*  e as alterações hormonais pubertárias (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Apesar de tudo, esta é ainda uma perturbação sub-diagnosticada e sub-tratada. Isto deve-se provavelmente ao estigma associado a esta doença, à sua apresentação muitas vezes atípica nas crianças, à escassa formação em pedopsiquiatria dos profissionais de saúde e à falta de pedopsiquiatras especializados (Bhatia & Bhatia, 2007). O facto de não se realizar um diagnóstico correcto torna-se ainda mais flagrante nas crianças em idade pré-escolar, devido à sua capacidade limitada de expressar emoções ou pensamentos negativos através da linguagem e, por isso, a uma maior tendência à somatização (Bhatia & Bhatia, 2007).

A perturbação depressiva pode ser desencadeada por múltiplos factores de stress, dos quais se destacam, na idade pediátrica, uma perda, abuso, negligência, conflitos e frustrações, doenças médicas e factores socioculturais. Pode também encontrar-se associada a diversas comorbilidades.

Além do sofrimento que causa ao próprio doente, a perturbação depressiva major nos doentes pediátricos afecta negativamente o crescimento e desenvolvimento, o rendimento escolar e os relacionamentos familiares e sociais. Se não for tratada, pode associar-se a um risco elevado de toxicod dependência, problemas legais, doença física, mau desempenho académico e social e exposição a eventos de vida negativos (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Assim, a depressão na criança representa um importante problema de saúde pública, implicando um gasto significativo de recursos, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer dos secundários.

Para além disso, supõem-se ser ainda uma importante causa de mortalidade, dada a associação com o suicídio, que representa a terceira causa de morte nesta faixa etária (Jiménez-Arriero, Fernández, Vidal, Herráez, Parellada, Cruz, et al., 2007).

## **FACTORES DE RISCO**

Na depressão infantil é preferível falar de factores de risco do que evocar uma etiologia específica.

Realmente, estabelecer uma causalidade linear entre os acontecimentos observados e a conduta apresentada pela criança poderá conduzir a uma situação limitativa e abusiva, por exemplo levando a denominar de “depressão”, todas as manifestações secundárias a uma perda. Contudo, alguns contextos ou circunstâncias traumáticas são identificados com elevada frequência nos antecedentes das crianças que apresentam depressão (Marcelli, 2009).

Assim, os factores de risco para perturbação depressiva na criança incluem factores biomédicos e psicossociais (Quadro 1).

É sabido que a presença de antecedentes familiares de depressão aumenta de forma significativa o risco de episódio depressivo numa criança. Para essa associação poderão contribuir dois principais mecanismos: por um lado, um mecanismo de identificação ao progenitor deprimido; por outro, um sentimento de que esse progenitor é inacessível e/ou que está indisponível e que, ao mesmo tempo, a criança é incapaz de o consolar ou satisfazer. Tudo isto gera um duplo movimento de frustração e de culpabilidade que conduz a um sentimento de incompetência (Marcelli, 2009).

## Quadro 1

### *Factores de risco para perturbação depressiva na criança* (Bhatia & Bhatia, 2007)

---

#### *Factores biomédicos*

- Doença crónica (ex: diabetes mellitus)
- História familiar de depressão
- Presença de variantes específicas nos genes dos transportadores de serotonina
- Uso de determinadas medicações (ex: corticóides)

#### *Factores psicossociais*

- Negligência infantil ou abuso (físico, emocional ou sexual)
- Mudanças no ambiente familiar ou escolar
- Experiências de separação ou de perda
- Situações de tensão ou doença prolongada

#### *Outros factores*

- Perturbação da ansiedade
  - Défice de atenção/hiperactividade, perturbação da conduta ou da aprendizagem
  - História de depressão
- 

Neste contexto, alguns investigadores têm vindo a avaliar o risco da carência da estimulação parental, sobretudo materna, seja em termos afectivos, verbais ou educativos, no desenvolvimento da perturbação depressiva infantil (Marcelli, 2009).

A existência de perda ou de separação é extremamente frequente, se não constante, na história das crianças deprimidas.

Essa perda pode ser real e duradoura (falecimento de um ou de ambos os progenitores, irmão ou adulto próximo, do animal de estimação), uma separação brutal e desaparecimento completo de alguém próximo (separação dos pais) ou até o afastamento da própria criança (sua hospitalização ou institucionalização) (Marcelli, 2009).

Por outro lado, a separação pode ser apenas temporária, como é o caso de uma doença ou de uma hospitalização breve ou a ausência momentânea de um dos pais, mas suscitar uma angústia de abandono que persiste mesmo após a retoma da situação normal.

Por fim, a dita perda poderá ser apenas interactiva, como é o caso de um progenitor que não está psiquicamente disponível, por um conflito conjugal ou por um processo de luto.

É de notar que todas estas situações se tornam mais traumatizantes quando a criança está numa idade crítica e que corresponde ao intervalo entre os 6 meses e os 5 anos (Marcelli, 2009).

## RASTREIO

Actualmente, não é claro se existe benefício no rastreio sistemático da depressão nas crianças e adolescentes, a nível dos cuidados de saúde primários.

Efectivamente, de acordo com as normas de orientação clínica da *US Preventive Services Task Force* – USPSTF (US Preventive Services Task Force, 2009) e da *Canadian Task Force on Preventive Health Care* – CTFPHC (Macmillan, Patterson, & Wathen, 2005), a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio da depressão nas crianças (7 aos 11 anos). Por sua vez, a da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) (Birhamer & Brent, 2007) recomenda o rastreio a todas as crianças e adolescentes, através da pesquisa de sintomas depressivos chave, nomeadamente humor triste ou depressivo, irritabilidade ou anedonia.

Assim, os profissionais que optarem pelo rastreio podem utilizar o *Inventário de Depressão Infantil*, escala de auto-avaliação validada e aferida para a população Portuguesa (Fernandes, Ferronha, & Machado, 1998). Esta é válida e reprodutível para crianças de ambos os sexos, entre os 7 e os 17 anos de idade, necessitando apenas de habilitações equivalentes ao 1º ano de ensino. Estão disponíveis as formas longa (27 items) e curta (10 items) e as versões para pais e professores. Nesta escala cada item é cotado de 0 a 2, de acordo com a sua ausência ou, por sua vez, com a presença do sintoma na quinzena anterior. O valor 1 corresponde à existência de sintoma em grau moderado. Do seu somatório, tem-se que uma pontuação superior a 20 na forma longa, ou superior a 7 na forma curta, comportam significado clínico (Bhatia & Bhatia, 2007).

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os estudos têm vindo a demonstrar que os critérios de perturbação depressiva major nos adultos podem igualmente ser aplicados na idade pediátrica, mas a predominância de determinados sintomas pode variar consoante o grupo etário (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Assim, nas crianças em idade pré-escolar, como referido, as queixas são sobretudo somáticas, envolvendo principalmente a cabeça e o estômago. No entanto, também podem existir sintomas de ansiedade, ansiedade de separação, irritabilidade (que se manifesta na forma de “cólera” ou de oposição), agita-

ção, disforia, dificuldade em adquirir aptidões próprias da idade, diminuição do interesse pelas actividades lúdicas ou culturais, ou apenas por um rosto menos expressivo ou menos sorridente. A perda de apetite e as perturbações do sono podem igualmente existir neste quadro (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Por sua vez, as crianças em idade escolar geralmente já conseguem verbalizar os sintomas de depressão, demonstrando tristeza, irritabilidade, anedonia, aumento do choro, fadiga, baixa auto-estima, sintomas de desvalorização e de culpabilidade. Este quadro também pode manifestar-se por isolamento social, ansiedade de separação, fobias (em particular a escolar), diminuição da capacidade de concentração e do desempenho escolar e até ideação suicida (Marcelli, 2009).

A ideação suicida está presente em aproximadamente 60% das crianças com perturbação depressiva major e metade dessas irá tentar o suicídio. Tal como na população adulta, as doentes do sexo feminino têm maior probabilidade de tentar o suicídio, mas os do sexo masculino têm uma taxa de sucesso mais elevada (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009). Não é raro que as ideias de morte sejam expressas por uma carta escrita aos pais e essa confissão torna-se frequentemente o motivo que desencadeia a procura de ajuda médica (Marcelli, 2009).

Assim, na primeira consulta, deve ser avaliado o risco de suicídio nas crianças com depressão, ponderando os factores de alto-risco e os protectores (Quadro 2), orientando o caso de forma apropriada.

As crianças com múltiplos factores de alto-risco deverão ser referenciadas a um pedopsiquiatra. Por sua vez, aquelas com factores protectores, e por isso com baixo risco de auto-agressividade, poderão ser tratadas em ambulatório.

Salienta-se ainda que, nas depressões mais graves poderão surgir sintomas psicóticos. Nas crianças, ao contrário do que acontece nos adultos, as alucinações auditivas (que geralmente criticam o doente), são mais frequentes do que os delírios, o que poderá relacionar-se com a maturação cognitiva. De realçar que as crianças com este tipo de sintomatologia têm um maior risco de suicídio, necessitando de um acompanhamento mais apertado ou até de internamento hospitalar (Bhatia & Bhatia, 2007).

Visto que, dependendo da idade do doente, a capacidade para expressar determinados sentimentos por palavras pode estar prejudicada, o prestador de cuidados de saúde pode necessitar de entrevistar as pessoas responsáveis pela criança, para melhor detalhar o quadro (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

## Quadro 2

### *Factores de risco para suicídio na criança (Bhatia & Bhatia, 2007)*

Factores de alto-risco	Factores de baixo-risco ou protectores
<i>Biodemográficos</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade</li><li>• Sexo</li><li>• Raça</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criança de raça negra</li></ul>
<i>História</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Depressão major: Sintomas de desesperança</li><li>• Abuso de substâncias</li><li>• Perturbação da conduta</li> <li>• Situações de stress ou perdas</li><li>• Abuso físico ou sexual</li> <li>• Falta de comunicação com os pais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de depressão</li><li>• Sem abuso de álcool ou de outras substâncias</li><li>• Boas aptidões de resolução de problemas ou <i>coping</i></li><li>• Sem história de abuso físico ou sexual</li><li>• Bom suporte de relações familiares e boa comunicação com os pais</li><li>• Apoio parental e supervisão apertada dos eventos de vida marcantes</li><li>• Fortes convicções religiosas e fé</li><li>• Visão positiva do futuro com objectivos e planos específicos, positivos e concretos</li><li>• Capacidade de articular razões para viver</li><li>• Ambivalência acerca do suicídio</li></ul>
<i>História de comportamento suicida</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pensamentos suicidas com plano</li> <li>• Tentativa de suicídio prévia</li><li>• História familiar de suicídio e depressão</li><li>• Disponibilidade de armas de fogo ou substâncias tóxicas</li> <li>• <i>Efeito de contágio</i></li><li>• Cobertura mediática de suicídio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sem pensamentos suicidas activos ou intenção; sem comportamentos suicidas não verbais</li><li>• Sem história de tentativa de suicídio prévia</li><li>• Sem história familiar de suicídio</li><li>• Sem acesso a armas de fogo ou substâncias tóxicas</li> <li>• Ausência de cobertura mediática de suicídio</li></ul>

## DIAGNÓSTICO

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição revista (DSM-IV-TR), os critérios para o diagnóstico de depressão nos adultos são os mesmos que se aplicam às crianças (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Assim, para diagnóstico de um episódio depressivo major, deverão estar presentes 5 ou mais dos sintomas indicados no Quadro 3, durante um período de 2 semanas e representando uma alteração ao estado funcional prévio do indivíduo (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

### Quadro 3

#### *Critérios do DSM-IV-TR para um episódio depressivo major* (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009)

---

##### *Critérios para um episódio depressivo major*

- Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por um relato subjectivo ou por observações efectuadas por outras pessoas
  - Perda de interesse ou satisfação em todas ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias
  - Perda de peso significativa sem estar a seguir uma dieta ou aumento de peso (alteração superior a 5% do peso corporal no período de um mês) ou diminuição ou aumento do apetite praticamente todos os dias
  - Insónia ou hipersónia quase todos os dias
  - Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (pode ser observado por outras pessoas)
  - Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
  - Sensação de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias
  - Diminuição da capacidade para pensar ou para se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (subjectivas ou observadas por outros)
  - Pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas o medo de morrer), ideação suicida recorrente sem que haja um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio
- 

A presença de apenas 1 a 2 sintomas é entendido como humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Salienta-se que os sintomas não devem fazer parte de um episódio misto e devem causar incómodo significativo ou perturbação no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Por outro lado, estes sintomas não podem ser causados pelo efeito fisiológico directo de uma substância ou por um problema médico. Por fim, estes sintomas também não podem ser atribuídos a uma situação de luto (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

### **COMORBILIDADES**

Cerca de dois terços das crianças e adolescentes com perturbação depressiva major, apresentam outras perturbações psiquiátricas.

Assim, ao considerar a possibilidade de um diagnóstico de depressão na criança, os profissionais de saúde devem igualmente avaliar e reconhecer situações de comorbilidade. Muitos desses doentes apresentam perturbação distímica, ansiedade, perturbação da aprendizagem, perturbação da hiperac-

tividade e déficit de atenção, perturbações de oposição com comportamentos de provocação, perturbações da conduta ou toxicodependência. Estas situações podem surgir com sintomas semelhantes aos da depressão e, dessa forma, confundir o diagnóstico (Bhatia & Bhatia, 2007).

No entanto, até ao momento, o mecanismo pelo qual as comorbilidades surgem em associação à perturbação depressiva permanece desconhecido (Marcelli, 2009).

Adicionalmente, para se efectuar um diagnóstico de perturbação depressiva primária é necessário que o médico exclua diversas causas orgânicas, nomeadamente doenças de etiologia endócrina, neurológica, metabólica ou nutricional, auto-imune, infecciosa, neoplásica ou o uso de determinada medicação, porque podem manifestar-se como depressão. Caso alguma destas causas seja identificada, a condição será então designada de perturbação depressiva secundária (Bhatia & Bhatia, 2007).

## RECOMENDAÇÕES DE TRATAMENTO

A prevenção da perturbação depressiva infantil parece ser, com base na evidência, uma abordagem primordial.

Desta forma, pode ser efectuada uma prevenção precoce a nível da relação mãe-filho, evitando as rupturas, e/ou uma prevenção social através da formação e sensibilização apropriada dos profissionais das creches, serviços de pediatria e instituições (Marcelli, 2009).

No entanto, mostra-se igualmente essencial actuar sobre a população-alvo, ou seja, as crianças. Nesse sentido, têm vindo a ser desenvolvidas, em todo o mundo, estratégias de prevenção da depressão, para aplicação em escolas e na comunidade.

Uma revisão da Cochrane de 2008 procurou avaliar a efectividade desses programas de intervenção, tendo analisado as intervenções psicológicas e educativas. Designam-se de intervenções educativas as que se centram apenas em proporcionar informação à população, enquanto que nas intervenções psicológicas, existe uma tentativa de ensinar aos participantes formas para reduzir a depressão, incluindo gestão de stress, reestruturação cognitiva, resolução de conflitos e solução de problemas. A maioria dos estudos existentes refere-se aos programas de intervenção psicológica e, em meta-análise, concluiu-se que estes são efectivos na prevenção da depressão pediátrica a curto-prazo, com alguns autores a demonstrarem uma diminuição da perturbação

ao final de um ano. Por sua vez, são escassos os estudos sobre intervenções educativas. Apesar dos dados encontrados serem algo encorajadores, a evidência mostra-se ainda insuficiente. Assim, antes de se implementar este tipo de programas de prevenção da depressão infantil, torna-se necessária investigação adicional, com um desenho de estudo adequado, para confirmar estes resultados (Merry, McDowell, Hetrick, Bir, & Muller, 2008).

Por outro lado, as autoridades médicas também reconhecem que a actividade física é um aspecto importante para uma vida saudável. Deste modo, tem-se igualmente promovido o exercício físico como estratégia activa para prevenir e tratar a depressão infantil. Neste contexto, outra revisão recente da Cochrane estudou a efectividade da intervenção baseada no exercício físico para a prevenção e tratamento da ansiedade e da depressão, em crianças e adolescentes. Verificou-se haver um pequeno efeito a favor do exercício na redução das pontuações de depressão nesta faixa etária. Contudo, o número de estudos incluídos foi reduzido e a diversidade clínica de participantes, das intervenções e dos métodos de avaliação limitaram a possibilidade de estabelecer conclusões definitivas. Salienta-se não ter sido encontrada diferença entre os exercícios de alta e os de baixa intensidade e que permanece ainda desconhecido o efeito do exercício em crianças já em tratamento de depressão (Larun, Nordheim, Ekeland, Hagen, & Heian, 2008).

O tratamento seguro e efectivo da perturbação depressiva major requer um diagnóstico correcto, uma avaliação inicial e continuada do risco de suicídio e o uso de terapêutica baseada em evidência (Bhatia & Bhatia, 2007).

Claro que isto só será possível, num ambiente de verdadeira aliança terapêutica entre o médico, o doente e a família, onde se demonstre disponibilidade para ouvir as preocupações da criança e se sensibilize os pais para o seu sofrimento, desenvolvendo e discutindo estratégias para lidar com o problema.

Sabe-se que uma intervenção precoce na depressão pediátrica melhora os resultados a longo-prazo (Bhatia & Bhatia, 2007).

O tratamento da depressão é geralmente dividido em 3 fases: aguda, continuação e manutenção (Birhamer & Brent, 2007).

Na fase aguda pretende-se alcançar a resposta (ausência ou redução significativa dos sintomas pelo menos durante 2 semanas) e, idealmente, a remissão total dos sintomas (2 semanas a 2 meses sem sintomas).

A fase de continuação é fundamental para consolidar a resposta já obtida na fase aguda e para evitar recaídas (episódio depressivo durante o período de remissão).

Finalmente, com o tratamento de manutenção pretende-se diminuir o risco de recorrência (episódio depressivo que surge após 2 meses sem sintomatologia) em crianças com depressões mais severas, recorrentes ou com doença crónica.

A escolha do tratamento para cada fase, deve ter em conta diversos factores, como: idade, desenvolvimento cognitivo do doente, severidade e cronicidade da depressão, comorbilidades, história familiar psiquiátrica, ambiente familiar e social, bem como os recursos existentes na comunidade.

Assim, no decurso do tratamento, os médicos devem ponderar a terapêutica, quer farmacológica quer não farmacológica. As recomendações sugerem que o tratamento de suporte pode ser suficiente no tratamento da depressão ligeira a moderada. Por sua vez, a farmacoterapia tem apenas indicação em situações específicas e como coadjuvante de outras intervenções, nomeadamente, psicoterapia familiar e pedagógica. Desta forma, actualmente, a terapêutica farmacológica só está recomendada nos doentes com depressão moderada a grave que não respondem à terapêutica de suporte (Birhamer & Brent, 2007; Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Na ausência de resposta, o aumento da medicação ou a utilização de combinações devem ser bem ponderadas e usadas apenas se os benefícios clínicos ultrapassarem os riscos (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Segundo a AACAP, falhas no diagnóstico, comorbilidades psiquiátricas ou médicas não reconhecidas ou sub-tratadas, doença bipolar não detectada, psicoterapia ou farmacoterapia inapropriadas, duração ou dosagem do tratamento insuficientes, má adesão terapêutica, efeitos secundários da medicação, exposição crónica ou severa a eventos de vida negativos (abuso sexual, conflitos familiares) e conflitos de identidade (nomeadamente de orientação sexual) são causas de insucesso terapêutico (Birhamer & Brent, 2007).

É de referir que a taxa de recuperação espontânea é de cerca de 10% aos 3 meses, atingindo 50% aos 12 meses. Apesar de a maior parte das crianças recuperar do primeiro episódio, a probabilidade de recorrência é elevada, oscilando entre os 20-60% durante os primeiros 2 anos e os 70% ao fim de 5 anos. Este facto, exige um acompanhamento apertado e de duração mais alongada, sendo que os factores preditivos de um mau prognóstico incluem o nível de gravidade, recorrência, comorbilidade, desespero, estilo cognitivo negativo, problemas familiares e um baixo nível sócio-económico (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

### *Tratamento farmacológico*

A terapêutica farmacológica deve ser prescrita por um médico habituado a realizar entrevistas com crianças. Sempre que possível, a assistência de cuidados também deve ser efectuada pelo mesmo profissional.

Em regra, a dose com a qual se atinge melhoria dos sintomas depressivos é considerada a dose de manutenção (Bhatia & Bhatia, 2007).

Destaca-se que as doses de antidepressivos utilizadas nos diversos ensaios existentes correspondem a extrapolações das que se usam em adultos, (com a exceção de um início com dose inferiores, para minimizar os efeitos adversos). Isto acontece porque não há estudos disponíveis que permitam conhecer a margem de dose apropriada para os doentes pediátricos (Jiménez-Arriero, Fernández, Vidal, Herráez, Parellada, Cruz, et al., 2007), razão pela qual poderão estar a administrar-se doses desadequadas a esta população.

Ao longo deste tratamento é imprescindível um seguimento e monitorização apertados, avaliando a progressão clínica, activação comportamental (ex: impulsividade, agitação) e o risco suicida. É então recomendado um contacto pessoal semanal nas primeiras 4 semanas, seguido de um contacto quinzenal durante mais 4 semanas e um contacto pessoal adicional durante 12 semanas e a partir daí conforme a situação clínica (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

A duração do tratamento depende do número de episódios prévios de depressão. Desta forma, num primeiro episódio, recomenda-se a manutenção da terapêutica durante um mínimo de 6 meses e num segundo episódio, deve ser mantido pelo menos um ano de tratamento. Nos doentes com 2 a 3 episódios prévios devem ser tratados durante 1 a 3 anos, enquanto que nos que já apresentaram mais de três episódios se deve manter o tratamento indefinidamente, sobretudo se cursarem com sintomas psicóticos ou risco de suicídio (Bhatia & Bhatia, 2007). Contudo, esta recomendação de instituir terapêutica de manutenção na perturbação depressiva recorrente na criança, baseia-se na literatura disponível para adultos, não havendo estudos publicados na população pediátrica (Birhamer & Brent, 2007; Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Na altura da suspensão terapêutica, o profissional de saúde deve realizar uma redução progressiva e lenta da dose do antidepressivo, diminuindo 25% ou menos da dose por semana, ao longo de 2 a 3 meses (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009). Segundo a AACAP, esta descontinuação deve ser idealmente realizada durante o Verão, de forma a diminuir o impacto nas actividades escolares (Birhamer & Brent, 2007).

Nos ensaios controlados que avaliam o tratamento antidepressivo nesta faixa etária, as taxas de resposta ao placebo chegam a atingir 33-59% (Cheung, Emslie, & Mayes, 2006). A resposta ao placebo é característica das crianças e também da depressão, não se constatando de forma tão marcada em patologias com uma maior base orgânica. No entanto, as diferenças observadas na eficácia do placebo devem-se sobretudo à heterogeneidade dos diversos estudos incluídos nas meta-análises e às limitações metodológicas existentes (Jiménez-Arriero, Fernández, Vidal, Herráez, Parellada, Cruz, et al., 2007). Destas,

Cheung et al. (2006) salientam, por exemplo, o número de centros envolvidos, o número de participantes por centro, selecção dos participantes, forma de recrutamento, período de avaliação, uso de placebo, dose de fármaco e as medidas de *outcome* primário, que tanto poderiam ser escalas de depressão como escalas de impressão clínica global (Cheung, Emslie, & Mayes, 2006).

- *Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRSs)*

Da classe dos ISRSs, apenas a fluoxetina e o escitalopram se encontram aprovados para o tratamento da perturbação depressiva major em crianças e adolescentes. Assim, nos EUA, a fluoxetina está aprovada, nos doentes com idade entre os 8-18 anos e o escitalopram para os 12-17 anos (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

A aprovação da fluoxetina baseou-se em 2 ensaios principais. O primeiro incluiu 96 doentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos e o outro estudou 122 crianças e 97 adolescentes, com idades entre os 8 e os 18 anos. Em ambos se verificou que a fluoxetina, na dose de 20 mg, é bem tolerada e eficaz no tratamento agudo, em ambulatório, da perturbação depressiva major nas crianças (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Segundo a *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), a fluoxetina é o antidepressivo de 1ª linha a iniciar na depressão moderada a severa que não responde após 4-6 sessões de psicoterapia. No entanto, nas crianças entre os 5 a 11 anos o seu uso exige especial consideração, uma vez que a evidência da sua eficácia nesta idade não se encontra estabelecida. Nos casos de ausência de resposta ao tratamento com este fármaco (ou nos casos de intolerância) poderá considerar-se o uso de sertralina ou citalopram, como tratamentos de 2ª linha (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

No entanto, alguns estudos que avaliaram inibidores da recaptção da serotonina, incluindo a sertralina, o citalopram e a paroxetina, não demonstraram melhores resultados do que os associados à fluoxetina em comparação com o placebo (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

A maioria dos estudos que avaliaram o uso dos SSRI na depressão pediátrica são de curta-duração, têm um número escasso de participantes e são patrocinados pela indústria farmacêutica, o que poderá limitar a sua capacidade de detectar ou reportar efeitos adversos major (Bhatia & Bhatia, 2007).

No entanto, não devemos descurar o alerta de segurança emitido a respeito da utilização desta classe terapêutica na depressão infantil e a sua associação ao risco de suicídio (ver 10. Segurança), pelo que estes psicofármacos só deverão ser considerados em casos muito restritos e no âmbito de uma monitorização muito apertada.

A suspensão destes fármacos, se efectuada de forma abrupta, pode cursar com sintomas ligeiros, mas muitas vezes incómodos, como ansiedade, irritabilidade, tonturas, parestesias e sintomas de tipo gripal (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

- *Antidepressivos tricíclicos*

Em 2008, a Cochrane efectuou uma meta-análise de 13 ensaios controlados e aleatorizados sobre o uso dos antidepressivos tricíclicos por via oral no tratamento da depressão, em indivíduos entre os 6 e os 18 anos de idade.

Não se observaram diferenças na taxa de recuperação e apesar de ter ocorrido uma maior diminuição dos sintomas depressivos com o tratamento, esse efeito foi moderado e de importância clínica questionável.

Esta análise conclui que os antidepressivos tricíclicos não são úteis para o tratamento da depressão em crianças pré-púberes. Poderá haver lugar para o seu uso nos adolescentes, mas é provável que os efeitos do tratamento sejam apenas ligeiros.

Adicionalmente, surgem ainda preocupações relativamente à segurança do seu uso, tendo-se constatado um aumento de efeitos adversos, como vertigem, hipotensão ortostática, tremor e boca seca no grupo tratado (Hazell, O'Connell, Heathcote, & Henry, 2008).

Quando ocorre uma suspensão abrupta deste tipo de antidepressivos podem surgir sinais e sintomas como ansiedade, náuseas, vómitos, diarreia, cefaleias, calafrios, perturbações do sono ou do movimento, activação comportamental e arritmias cardíacas (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

- *Outros antidepressivos*

A evidência é insuficiente para apoiar o uso de antidepressivos como a nefazodona, venlafaxina, mirtazapina (Cheung), duloxetina e a bupropiona na depressão da criança (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

### *Tratamento não farmacológico*

- *Psicoterapia*

As orientações para o tratamento da depressão nas crianças recomendam a psicoterapia isolada em determinados estádios, nomeadamente, na depressão ligeira a moderada. Mesmo nos casos em os psicofármacos estão recomendados, estes deverão ser sempre utilizados em combinação com psicoterapia.

Embora a psicoterapia apresente riscos muito baixos, a acessibilidade a este tipo de tratamento poderá ser um factor limitante importante. Por outro lado, não há qualquer tipo de indicação relativamente à duração da psicoterapia ou ao seu tipo, podendo aplicar-se a terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, psicoterapia psicodinâmica, intervenções de aprendizagem e as consultas comunitárias.

Destacam-se a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal como as psicoterapias mais estudadas para a depressão nas crianças (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

A terapia cognitivo-comportamental utiliza técnicas de activação do comportamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino de aptidões e regulação emocional. Esta terapia pretende promover um relacionamento de trabalho cooperante entre terapeuta e doente, concentrando-se na modificação das cognições defeituosas ou nos comportamentos desadaptados para lidar com os problemas (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Por sua vez, a terapia interpessoal foca-se na melhoria do funcionamento das relações interpessoais, sendo de duração mais curta e menos directiva que a cognitivo-comportamental, mas explorando melhor o ensino de aptidões (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Outros tipos de psicoterapias que podem ser úteis nas crianças mais pequenas são a terapia lúdica e o treino dos pais (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Embora a psicoterapia isolada possa ser eficaz no tratamento da depressão ligeira a moderada, com melhores resultados nos adolescentes do que nas crianças, as conclusões dos ensaios clínicos são contraditórias. Assim, são necessários mais estudos nesta área para se identificarem as características individuais associadas a uma melhor resposta, bem como para determinar a duração adequada da psicoterapia, visto que têm sido observados resultados positivos nos primeiros meses de tratamento, mas que não são evidentes em avaliações posteriores, efectuadas aos 6-12 meses (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006).

### *Medicina complementar e alternativa*

Da revisão da literatura disponível, o hipericão mostra-se como o único medicamento natural comprovadamente eficaz, mostrando resultados semelhantes aos dos antidepressivos convencionais no tratamento da depressão na criança.

Há também alguns estudos que demonstram benefício dos ácidos gordos ómega-3, mas sendo necessários mais ensaios clínicos com desenho adequado.

Por sua vez, a terapia de luz parece ter algum benefício na depressão de Inverno nas crianças, mas não há dados que apoiem a sua utilização na depressão não sazonal (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

## SEGURANÇA

Em 2003, o Reino Unido desaconselhou o uso de todos os antidepressivos para o tratamento da depressão pediátrica, com a excepção única da fluoxetina. Esta medida sucedeu-se a uma meta-análise que demonstrou um aumento da incidência de suicídio nos adolescentes medicados com antidepressivos (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009).

Em consonância, também a *European Medicines Agency* (EMA) e a *US Food and Drug Administration* (FDA), em 2004, publicaram um alerta de saúde pública salientando que a utilização pediátrica de antidepressivos pode conduzir ao suicídio. Nesse mesmo ano, a FDA efectuou uma análise dos ensaios clínicos aleatorizados disponíveis sobre o tratamento antidepressivo na depressão pediátrica, tendo constatado que o risco de condutas suicidas entre os doentes tratados com antidepressivos era de 4%, o dobro dos doentes a efectuar placebo (2%) (Cheung, Emslie, & Mayes, 2006).

Assim, foi exigido a todos os fabricantes que passassem a incluir no resumo das características do medicamento (RCM) um alerta informando que, em ensaios clínicos controlados com placebo, os antidepressivos aumentaram o risco de pensamentos e comportamentos suicidas nas crianças, adolescentes e adultos jovens (Peiró, Cervera, & Bernal-Delgado, 2005).

Em Portugal, também a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED), considerou que diversos antidepressivos (citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mianserina, milnacipran, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina e venlafaxina) podem aumentar o risco de comportamentos relacionados com suicídio e hostilidade. Embora, a maioria destes fármacos esteja aprovada na União Europeia para o tratamento da depressão e ansiedade em adultos, tal não se verificou nas crianças. Neste contexto, atendendo ao risco, recomenda a não utilização destes medicamentos no tratamento da perturbação depressiva em crianças (INFARMED, 2005).

É sabido que a ideação suicida é muito frequente na perturbação depressiva. Pressupõe-se, então, que a associação entre antidepressivos e suicídio se

relaciona com o facto de a farmacoterapia ter um efeito desinibidor, provocando uma melhoria mais rápida da cognição e da energia, do que do humor. Isso pode levar a uma reactivação da conduta suicida, com aumento da irritabilidade, condutas agressivas, auto-lesões, que estariam até esse momento sob controlo da inibição depressiva e podendo os doentes passar ao acto suicida, sobretudo nos primeiros meses do tratamento (Toro & Rey, 2005).

Contudo, é importante salientar que uma revisão espanhola de Jiménez-Arriero et al., de 2007, verificou que o aumento teórico do risco suicida não se acompanha de um incremento real de suicídio, não se registando na literatura qualquer suicídio consumado. Além disso, este autor alerta para o facto de o referido aumento de risco suicida se basear em dados muito variados, sem consenso na terminologia utilizada relativamente às condutas associadas ao suicídio. Salienta ainda, a existência de alguns estudos epidemiológicos onde se verifica uma relação inversa entre o tratamento com antidepressivos e o suicídio na população pediátrica. Assim, para se conhecer a verdadeira influência dos antidepressivos sobre o fenómeno do suicídio (raro), o autor considera que se devem realizar estudos específicos e com metodologias adequadas (Jiménez-Arriero, Fernández, Vidal, Herráez, Parellada, Cruz, et al., 2007).

No entanto e de acordo com diversas entidades, de entre as quais o INFARMED, nas situações em que o médico decide prescrever esta terapêutica, aconselha-se que o tratamento antidepressivo seja rigorosamente monitorizado, sobretudo em relação ao agravamento clínico, tendências suicidas, auto-agressividade ou hostilidade e, em particular, nas fases iniciais do tratamento (INFARMED, 2005; National institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Para isso, conta-se também com o apoio do próprio paciente e respectiva família, devendo estes estar informados desse risco inicial, providenciar uma supervisão apertada e sendo recomendado aos tutores retirar todas as armas de fogo e substâncias tóxicas do ambiente do doente, de forma a minimizar riscos.

Em resposta a uma situação de crise, deve ser-lhes assegurada a disponibilidade de consulta com o médico assistente ou um contacto 24-horas por dia, para orientação das emergências (Bhatia & Bhatia, 2007).

Adicionalmente, têm surgido outras questões relativamente à segurança do uso dos ISRSs, como a problemática da sua inocuidade no desenvolvimento neuropsicológico ou da insistência nas precauções na sua utilização por mães durante o pré-parto ou lactância (Jiménez-Arriero, Fernández, Vidal, Herráez, Parellada, Cruz, et al., 2007).

## TERAPÊUTICA ANTIDEPRESSIVA EM FASE DE INVESTIGAÇÃO NOS DOENTES PEDIÁTRICOS (Lenz, Coderre, & Watabe, 2009)

Atendendo à escassa eficácia das terapêuticas farmacológicas habitualmente utilizadas no tratamento da depressão pediátrica e à problemática da sua segurança, têm vindo a estudar-se outras classes farmacológicas. Esta investigação amplia-se também à medida que vão sendo conhecidos os mecanismos fisiopatológicos associados à perturbação depressiva e os neuromediadores envolvidos. Desta forma, alguns fármacos não-convencionais estão em fase de ensaio.

Assim, de entre os anticonvulsivantes, foi estudada a lamotrigina, que não parece ter utilidade na abordagem da perturbação depressiva major em doentes pediátricos e surgindo ainda a preocupação relativamente à incidência aumentada de erupções cutâneas, potencialmente fatais, embora num ensaio aberto a substância tenha sido bem tolerada.

Diversos antipsicóticos de segunda geração ou atípicos foram estudados para o tratamento da perturbação bipolar pediátrica. Actualmente, não está disponível qualquer ensaio clínico controlado com placebo sobre a utilização desta classe terapêutica em doentes pediátricos com depressão. Assim, a sua eficácia nestes doentes permanece ainda desconhecida.

A reboxetina foi considerada um protótipo de uma nova classe de antidepressivos, os inibidores selectivos da recaptção da noradrenalina. Foi publicada uma meta-análise comparando a reboxetina com os ISRSs no tratamento da perturbação depressiva major. Nesta, as taxas de resposta foram semelhantes nos dois grupos de tratamento, assim como a taxa de suspensão por ausência de eficácia. Contudo, a taxa global de suspensão do tratamento e a taxa de suspensão por intolerância foram superiores para a reboxetina, sugerindo diferentes perfis de efeitos secundários. Salienta-se que a inclusão de estudos com doentes em idade pediátrica não foi explicitamente mencionada nessa análise e que as escalas utilizadas para avaliar os resultados estão apenas validadas para adultos. Assim, até à data, na psiquiatria da infância e da adolescência, a reboxetina apenas tem sido utilizada no tratamento agudo e de manutenção da perturbação da hiperactividade e défice de atenção, encontrando-se em fase de recrutamento, um ensaio clínico aberto para avaliar a eficácia deste fármaco especificamente na depressão pediátrica.

O riluzol é um anticonvulsivante neuroprotector benzotiazólico, que está aprovado pela FDA para o tratamento da esclerose lateral amiotrófica. Esta substância funciona como modulador do glutamato, reduzindo a actividade desse neurotransmissor em áreas cerebrais que influenciam o humor,

acreditando-se que possa ter algumas propriedades antidepressivas. Além de ter mostrado eficácia na perturbação depressiva major resistente ao tratamento, nos sintomas depressivos residuais e na depressão bipolar em adultos, ainda não há estudos sobre o seu uso na população pediátrica.

A agomelatina é um agonista dos receptores MT1 e MT2 da melatonina. Os ensaios clínicos disponíveis, embora com algumas limitações metodológicas, sugerem que este fármaco pode melhorar os episódios depressivos major nos doentes adultos em comparação, quer com o placebo, quer com os medicamentos habitualmente usados. No entanto, até à data não foram publicados estudos nas crianças, prevendo-se que estes venham a iniciar-se se os dados relativos ao uso da agomelatina na depressão em população adulta se tornarem mais consistentes.

Há ainda outras classes farmacológicas que estão a ser consideradas como terapêuticas antidepressivas, destacando-se os inibidores triplos da recaptção (ou seja, medicamentos que inibem a recaptção da serotonina, noradrenalina e da dopamina) e os antagonistas na neuroquinina-1. Contudo, até ao momento, a informação publicada acerca destes medicamentos é ainda escassa.

## REFERENCIAÇÃO

Os médicos dos Cuidados de Saúde Primários deverão referenciar a Consulta Hospitalar de Pedopsiquiatria as crianças com perturbação depressiva severa, ou seja, as que apresentem sintomas persistentes e com impacto significativo na sua vida, com perturbação a nível do cuidado pessoal (higiene e alimentação) ou com disfunção grave a nível escolar, familiar ou de relações; bem como aquelas crianças em que as medidas implementadas se revelam ineficazes (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Por sua vez, sempre que existir risco de auto-agressividade e de suicídio essa mesma referenciação deverá ser realizada de forma urgente (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Surge ainda, como critério de referenciação, a depressão resistente ao tratamento, que é definida pela falência terapêutica com dois antidepressivos administrados em dose e período adequados (Bhatia & Bhatia, 2007).

Por fim, os profissionais de saúde que não estejam familiarizados com a prescrição de terapêuticas complexas, também devem ponderar a referenciação da criança deprimida, sobretudo na presença de vários factores de risco para depressão, particularmente comorbilidades associadas ou história familiar de perturbação depressiva (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

## CONCLUSÃO

A perturbação depressiva major nas crianças tem vindo a ser diagnosticada de modo crescente.

Acompanhando essa tendência, os ensaios clínicos que avaliam o uso dos antidepressivos nestes doentes também têm sido mais comuns do que no passado, embora com resultados escassos.

As dúvidas acerca da eficácia terapêutica dos antidepressivos aumentam ainda mais com o forte efeito placebo que se verifica nos estudos efectuados nesta população.

Nos últimos anos, surgiram ainda algumas questões relativamente à segurança dos antidepressivos na população pediátrica, devido a um aumento do risco de ideação suicida, que levou a um verdadeiro alarme social.

No entanto, atendendo à evidência, esta opção terapêutica é recomendada no tratamento da depressão infantil, em casos de maior gravidade, de forma individualizada, sempre inserida numa abordagem integral e dentro de prudência assistencial.

De acordo com os dados disponíveis, a fluoxetina é a substância que apresenta um balanço risco/benefício mais favorável. Os dados para os restantes ISRSs mostram-se menos consistentes, não permitindo extrair conclusões definitivas para a população infantil.

Alguns agentes não convencionais também têm sido investigados, assim como novos fármacos com distintos mecanismos de acção.

A terapêutica não farmacológica, sobretudo a psicoterapia, conserva a sua importância como principal indicação nos casos leves a moderados, bem como nos casos mais severos em terapêutica de combinação.

Apesar de tudo, mantém-se ainda a necessidade de mais investigação, metodologicamente correcta e interpretada com a precaução e sensatez indispensáveis, esperando-se que essa evolução possa conduzir a um futuro mais promissor para o tratamento da perturbação depressiva major em idade pediátrica.

## BIBLIOGRAFIA

Bhatia, S.K., & Bhatia, S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *Am. Fam. Physician*, 75(1), 73-80.

Birhamer, B., & Brent, D. (2007). AACAP Work Group on Quality Issues. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*.

- Washington (DC): American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Disponível em [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) (acedido em 01/05/2010).
- Cheung, A.H., Emslie, G.J., & Mayes, T.L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *CMAJ*, 174(2), 193-200.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em [www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental](http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental) (acedido em: 01/05/2010)
- Fernandes, G., Ferronha, J., & Machado, M. (1998). Estudo Epidemiológico da depressão infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, Número Especial*, 39-51.
- Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., & Henry, D. (2008). Fármacos tricíclicos para la depresión en niños y adolescentes (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2.
- INFARMED. (2005). Conclusão da reavaliação da segurança da utilização de antidepressivos em crianças e adolescentes pela Agência Europeia de Medicamentos. Circular Normativa nº044/CA. 25/04/2005.
- Jiménez-Arriero, M.A., Fernández, I., Vidal, J., Herráez, C., Parellada, M., Cruz, M.A., et al. (2007). Utilización de antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en niños y adolescentes com depresión mayor. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 35(5), 342-350.
- Larun, L., Nordheim, L.V., Ekeland, E., Hagen, K.B., & Heian, F. (2008). Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2.
- Lenz, K., Coderre, K., & Watabe, M.D. (2009). *Overview of depression and its management in children and adolescents*. Disponível em: <http://formularyjournal.modernmedicine.com> (acedido em 01/05/2010).
- Macmillan, H.L., Patterson, C.J., & Wathen, C.N. (2005). Screening for depression in primary care: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*, 172(1), 33-5. Disponível em [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) (acedido em 01/05/2010).
- Marcelli, D. (2009). Dépression chez l'enfant. *Encyclopedie Médico-Chirurgique. Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-201-A-20, 1-10.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2008). Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2.
- National institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care*. Northhamptonshire. United Kingdom: British Psychological Society. Disponível em [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) (acedido em 01/05/2010).
- Peiró, S., Cervera, P., & Bernal-Delgado, E. (2005). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: Un "culebrón" que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos. *Gac. Sanit.*, 19(5), 401-406.
- Toro, J., & Rey, J.M. (2005). Fármacos antidepressivos en niños y adolescentes. *Med. Clin. (Barc)*, 125(4), 143-144.

US Preventive Services Task Force. (2009). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223-1228. Disponível em [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) (acedido em 01/05/2010).

Weisz, J.R., McCarty, C.A., & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol. Bull.*, 132(1), 132-149.

# UM OLHAR SOBRE O PARA-SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

---

Mónica Salgado \*  
Ema Lima das Neves \*\*

## RESUMO

*No presente artigo as autoras pretendem fazer uma breve resenha sobre o processo de adolescência, conceito e tarefas desta fase do desenvolvimento, tentando detalhar algumas especificidades de funcionamento dos jovens. Posteriormente é abordado o tema dos comportamentos suicidários na adolescência, de um ponto de vista sistémico e de acordo com a abordagem clínica da equipa do Núcleo de Estudos do Suicídio (NES), enfatizando as especificidades e dificuldades associadas à intervenção nesta área.*

*Palavras-chave:* Abordagem sistémica. Adolescência. Comportamentos suicidários.

Não há adolescência mas sim adolescentes pois há um processo de desenvolvimento concreto para cada adolescente; processo este que pode ser considerado uma “passagem” indefinida e paradoxal.

A importância do conhecimento por parte dos técnicos de saúde mental das novas formas de relação afectiva e comportamental dos adolescentes permite a descoberta de novas abordagens e soluções no contacto com a nova geração.

Cada jovem vive num contexto ambiental e familiar específico sendo fundamental não esquecer a grande diversidade de formas familiares existentes actualmente. Em suma cada adolescente tem uma história de vida pessoal e irrepetível.

---

\* Médica Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Núcleo de Estudos do Suicídio – Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, CHLN.

\*\* Psicóloga Clínica, Núcleo de Estudos do Suicídio – Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, CHLN.

Neste período o indivíduo vai fazer face a diversos desafios que incluem a puberdade enquanto processo biológico universal com todas as mudanças orgânicas consequentes; as tarefas psico-sociais com a descoberta do seu papel na sociedade, no grupo e na família; a autonomia, quer dos pais, quer do grupo, e a formação da identidade que vai implicar a elaboração de um sistema de valores e o sentido de independência.

Para nos ajudar a melhor entender este processo é importante recordar as tarefas da adolescência que são:

- A) Redefinição da imagem corporal
- B) Culminar do processo de separação/individuação
- C) Elaboração dos lutos da adolescência tal como foram definidos por Dias e Vicente em 1984:
  - 1) Luto pela fonte de segurança (luto pelo refúgio materno que não é desejado mas imposto)
  - 2) Luto pelo ideal do Eu (perda da imagem dos pais idealizados e onnipotentes)
  - 3) Luto renovado pelo objecto Edipiano (desinvestimento edipiano e investimento em novas relações)
  - 4) Luto pela bissexualidade (escolha de um novo objecto de amor)
  - 5) Luto pelo grupo (capacidade de estar só)
- D) Busca de pautas de identificação no grupo iguais
- E) Padrão de luta/fuga na relação com a geração procedente (a modificação da grandiosidade primitiva das crianças na direcção da auto-estima e de uma ambição realista depende do comportamento dos pais/cuidadores; daí a importância da inserção do adolescente num meio protector)
- F) Estabelecimento de uma escala de valores ou código de ética
- G) Assumir funções ou papéis sexuais auto-outorgados

No entanto a turbulência da adolescência não é sinónimo de sofrimento ou de doença.

O sofrimento pode advir da dificuldade em mentalizar e em verbalizar próprias da adolescência, assim como da impulsividade e da necessidade de comportamentos de oposição que levam á conflitualidade própria desta fase. Existe assim uma vulnerabilidade psíquica que pode em alguns casos levar a psicopatologia e á doença. Também as insuficiências do pensamento formal/

/operacional prejudicam o enfrentar de um problema/dilema levando à psicopatologia/doença.

Guiedd et al. (1999), Sowell et al. (2001) e Weinberger et al. (2005) escreveram sobre os aspectos neuro-fisiológicos da adolescência que podem ajudar a melhor compreender as dificuldades acrescidas com que os jovens se deparam:

No cérebro adolescente o desenvolvimento/crescimento/maturação neuronal é de grande intensidade.

Os estudos dos autores acima referidos indicam que o desenvolvimento cerebral ocorre até à 3ª década e a formação de circuitos neuronais (sobretudo no córtex pré-frontal) é a responsável pelo auto-controlo, tomada de decisões, organização, comportamentos dirigidos a objectivos e integração de tarefas.

Tais factos explicam a diferença entre as funções cognitivas do adolescente e do adulto, justificando assim as dificuldades acrescidas na modulação dos seus comportamentos.

Os comportamentos de risco existentes nos adolescentes ficam assim a dever-se à imaturidade do córtex pré-frontal conjuntamente com a menor activação do sistema motivacional (para o adolescente é necessária uma recompensa maior e mais imediata).

Esta impulsividade leva a uma procura de estímulos intensos e a um julgamento incompleto dos riscos associados.

Parece também importante falar da especificidade de género na adolescência explicando que os rapazes são mais individualistas, mais rígidos, têm princípios mais abstractos sendo também mais desprendidos nas relações com os amigos pelo que exibem uma maior vulnerabilidade a dúvidas existenciais relacionadas com perdas e fracassos.

Por seu lado as raparigas são mais contingentes, menos dogmáticas, dão mais ênfase às relações de amizade, desenvolvem vínculos mais fortes e daí terem menor tendência ao isolamento.

Os rapazes são tendencialmente mais isolados e inflexíveis nos dilemas morais, exibindo uma maior impulsividade o que pode justificar uma maior taxa de suicídio em relação às raparigas.

No que se refere aos comportamentos suicidários, uma das maiores dificuldades surge da terminologia utilizada por técnicos e investigadores na área: do termo saxónico *self-harm*, que congrega todo o espectro de conduta auto-destrutiva, a outras terminologias mais específicas, várias designações se encontram. Na prática clínica do NES, diferenciamos tentativa de suicídio de comportamento para-suicidário pela menor intencionalidade presente no âmbito do segundo, não obstante muitas vezes a dificuldade em desenhar esta mesma linha.

De acordo com a literatura, Hawton (2007), refere que o suicídio é actualmente a terceira cauda de morte nos jovens, sendo mais frequente nos rapazes, enquanto que o para-suicídio é mais frequente nas raparigas, na faixa dos 15-24 anos, sendo o ratio de para-suicídio/tentativa de suicídio de 4:1, entre os 15 e os 21 anos. Dados impressionantes são o facto de que cerca de 87,4% dos jovens não procura ajuda, ocorrendo mais de 90% destes comportamentos no contexto de doença psiquiátrica, sendo a depressão a mais significativa, com uma prevalência de 4 a 9% nos jovens entre os 12 e os 18 anos, de acordo com o mesmo autor.

Todavia, os comportamentos suicidários afiguram-se como comportamentos multideterminados e complexos, inscritos num quadro de falência nas tarefas de desenvolvimento, comportando inúmeros significados e intenções: muitas vezes um ataque ao corpo, um corpo ainda não reconhecido como seu e palco de tantas mudanças; noutras situações um grito de ajuda, para poder viver, para renascer; também por vezes como um desafio, uma tentativa de ter onnipotência sobre o seu próprio destino, e tantas outras, havendo contudo sempre um denominador comum – a busca pelo alívio de uma dor sentida como intolerável e a fuga de uma situação vivida como irresolúvel e insuportável, no fundo uma metacomunicação sobre o intenso sofrimento.

Na prática clínica, congruente com os dados epidemiológicos, a depressão surge como o quadro clínico mais associado aos comportamentos suicidários nesta faixa etária. Contudo, o diagnóstico, essencial para uma intervenção eficaz e adequada, nem sempre é linear, nomeadamente devido à própria especificidade deste período do desenvolvimento. Por um lado, o humor depressivo, quando transitório, é normal na adolescência, estão associado às várias tarefas desta fase, mas por outro as dificuldades que o adolescente tem em mentalizar e elaborar o seu sofrimento conduzem frequentemente a um humor depressivo menos evidente e mais alterações de comportamento (consumos, fugas, agressividade), condicionando muitas vezes um quadro clínico revestido de características específicas, nomeadamente com a presença de irritabilidade, aborrecimento, desmotivação, incapacidade em se divertir, dificuldades no relacionamento familiar e no rendimento escolar, sendo fulcral avaliar a intensidade, duração, frequência e interferência destes sintomas no funcionamento do jovem.

Concomitantemente à avaliação do estado mental do adolescente, é necessário avaliar os acontecimentos identificados como sendo os precipitantes, de carácter agudo e crónico, os factores psicossociais, nomeadamente ao nível da família e de outros recursos e ainda as vulnerabilidades e estratégias de *coping* do adolescente, por forma a ser possível aferir o risco de suicídio e delinear um plano de intervenção adequado e eficaz.

Frequentemente, a intervenção no âmbito da suicidologia, e principalmente com os adolescentes, comporta algumas especificidades. Do terapeuta é exigida uma atitude mais activa, com maior flexibilidade (por exemplo, na marcação das sessões, vinda de outros elementos com o jovem à consulta), com maior acessibilidade (contacto telefónicos, entre outros), para que seja possível remanejar uma situação de crise e de risco, sendo fundamental transmitir ao adolescente que a verbalização de ideação e intenção suicida não ficará na confidencialidade das sessões, pelo contrário, será partilhado com a rede de suporte do jovem, por forma a tentar assegurar a sua segurança.

A literatura é consensual ao referir que os terapeutas que acompanham jovens com estas problemáticas beneficiam de uma supervisão mais frequente, pois são pacientes que geram uma série de dificuldades, pela ambivalência face à possibilidade de mudança, pelo evitar frequente de uma relação terapêutica, pelos constantes testes ao terapeuta, na linha da agressividade e da passividade, pela recorrência de comportamentos suicidas durante o seguimento (Santos & Neves, 2006).

Sendo verdadeiro que todos estes entraves ao processo terapêutico ancoram na problemática individual de cada jovem, igualmente verdadeiro é o facto de que todos eles estão inseridos num sistema mais alargado, o familiar, estejamos a falar de família nuclear, alargada, monoparental, adoptiva, de acolhimento ou de uma instituição. A experiência clínica do NES aponta para a necessidade de uma abordagem sistémica destas situações (Sampaio, 1991).

Por vezes, a mobilização da família é difícil por haver numa crispação defensiva ou sofrimento por “chantagens” face ao gesto. No entanto, nunca deve ser excluída do processo terapêutico, sendo obrigatória em todas as situações de comportamento suicida em crianças e adolescentes. A possibilidade de mudança diz respeito não só à vida interna do próprio mas também ao todo familiar.

O objectivo da avaliação familiar é trabalhar em conjunto para descobrir o significado do comportamento suicidário, resolver problemas e reinventar soluções.

## BIBLIOGRAFIA

Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio* (9ª ed.). Lisboa: Caminho.

Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18(3), 187-194.

Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.

Werlang, B., & Botega, N. (2004). *Comportamento suicida*. São Paulo: Artmed.

### **ABSTRACT**

In this article the authors intend to make a brief review about the process of adolescence, concept and tasks in this phase of development, trying to detail some peculiarities of functioning of young people. Subsequently it is addressed the theme of suicidal behaviors in adolescence, systemically and according to the clinical team approach from the nucleus of studies of Suicide (NES), emphasizing the peculiarities and difficulties associated with the intervention in this area.

*Key-words:* Adolescence. Suicidal behaviors. Systemic approach.

# INFLUÊNCIA DOS ESTERÓIDES NAS PERTURBAÇÕES AFECTIVAS E DO COMPORTAMENTO

– Revisão do tema a propósito de um caso clínico \*

Neide Urbano \*\*

## RESUMO

*Os esteróides são hormonas formadas a partir do colesterol que parecem desempenhar um papel central em determinados processos neuropsicológicos e perturbações psiquiátricas, tais como as perturbações do comportamento, do humor e da ansiedade. Dentro destes, os esteróides sexuais têm um papel crucial no desenvolvimento da criança e adolescente e a sua desregulação pode originar alterações comportamentais.*

*Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 7 anos que recorreu à consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência por problemas do comportamento, sendo seguida em consulta de Endocrinologia por Pubarca Precoce, analiticamente apresentando elevação dos androgénios.*

*Neste trabalho procurou-se fazer uma revisão bibliográfica sobre associação entre as alterações endócrinas e as perturbações neuropsiquiátricas.*

*Ilustrando a pesquisa bibliográfica com o caso clínico, aborda-se o papel dos esteróides nas perturbações afectivas e do comportamento.*

*Palavras-chave:* Androgénios. Comportamento. Esteróides. Testosterona.

## INTRODUÇÃO

As influências hormonais na organização do comportamento são evidentes para os neuroendocrinologistas, mas são pouco estudadas em relação às perturbações mentais na infância e na adolescência (Martel et al., 2009).

\* Poster apresentado no XXI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Beja, 2010 (Neide Urbano e Ana Moscoso).

\*\* Interna de Pedopsiquiatria, Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Dona Estefânia.

Numa perspectiva das neurociências, o papel que as hormonas gonadais desempenham na organização dos sistemas cerebrais e comportamentais é bem conhecido.

No campo das doenças mentais, um achado fundamental é a diferença de prevalência das doenças mentais de acordo com o sexo. Os rapazes são mais susceptíveis de desenvolver perturbações do comportamento com início na infância [por exemplo, perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA), perturbação de oposição], que são denominadas perturbações “externalizantes”. As raparigas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações do humor com início mais tardio, geralmente com início na adolescência [perturbação depressiva major (PDM), distímia, perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar], as denominadas perturbações “internalizantes” (Martel et al., 2009). Este fenómeno levou à frequente referência na literatura do envolvimento das hormonas em relação com esta diferença de prevalência das perturbações mentais de acordo com o sexo.

O conceito que os androgénios influenciam o comportamento existe desde há 2000 anos atrás, desde a época de Aristóteles, que observou no seu tratado biológico *Historia Animalium* que a castração de aves masculinas imaturas evitava o desenvolvimento das características masculinas de canto e do comportamento sexual. Em 1889 o Dr. Charles Brown-Séquard descreveu os efeitos salutareos na sua saúde (aumento da energia, da força muscular e da agilidade mental) de auto-injecções de testículos esmagados de animais. Subsequentemente foi demonstrado, em animais, que os ingredientes activos nesses extractos, os androgénios, organizam o cérebro durante períodos críticos do desenvolvimento e activam uma variedade de comportamentos reprodutivos e não reprodutivos. Posteriormente, em 1931, foi isolado o primeiro androgénio (androsterona); em 1934, foi isolada a dehidroepiandrosterona (DHEA), e a testosterona foi finalmente isolada em 1935 (Rubinow & Schmidt, 1996).

## **O QUE SÃO OS ANDROGÉNIOS E COMO ACTUAM?**

Há muitas categorias de hormonas gonadais. Duas destas categorias são particularmente relevantes na discussão dos efeitos hormonais na psicopatologia: androgénios e estrogénios. Os androgénios, e especificamente o androgénio testosterona, vão ser o foco deste artigo de revisão.



androgénios masculinizam a genitália interna e externa e o cérebro, enquanto que depois da puberdade, os efeitos masculinizantes consistem na maturação da genitália externa e órgãos sexuais acessórios, estimulação da barba e dos pêlos púbicos e axilares, diminuição do cabelo na região temporal e calvície, aumento da laringe e espessamento das cordas vocais e facilitação da libido e da potência sexual. Os androgénios em animais parecem regular a acção de uma grande variedade de neurotransmissores e neuropéptidos (Strous, Maayan, & Weizman, 2006). Nos seres-humanos sabe-se que regulam uma grande variedade de monoaminas cerebrais implicadas nomeadamente na regulação do humor (serotonina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina, glutamato e ácido  $\gamma$ -aminobutírico).

Nos homens adultos a secreção de testosterona pelos testículos corresponde a cerca de 90% da testosterona circulante, enquanto que a conversão periférica da androstenediona em testosterona, corresponde ao restante. Nas mulheres, a testosterona circulante resulta da conversão periférica de androstenediona e do balanço da testosterona secretada pelo córtex supra-renal e em pequena percentagem pelo ovário (Forest & Migeon, 1970). Nas raparigas, a relativa ausência de androgénios está associada ao desenvolvimento de um corpo e de um cérebro femininos.

## **EFEITOS DOS ANDROGÉNIOS**

### *Importância clínica dos neuroesteróides*

Os neuroesteróides são moléculas neuroactivadoras importantes com um papel central em vários processos de doenças psiquiátricas. Os neuroesteróides são aparentemente relevantes na fisiopatologia e no tratamento farmacológico de muitas doenças psiquiátricas, incluindo perturbações do humor, de ansiedade, perturbações psicóticas, mas também perturbações da infância e da adolescência, perturbações alimentares, perturbações da memória como demência, perturbações pós-stress traumático, no abuso de álcool e de outras substâncias e perturbações pós-parto (Strous, Maayan, & Weizman, 2006).

Enquanto que o conhecimento do papel dos neuroesteróides na psiquiatria é exponencial, em algumas áreas a pesquisa do papel dos neuroesteróides permanece limitado. Sabe-se ainda muito pouco acerca de qual a influência dos neuroesteróides no comportamento impulsivo e agressivo e nas perturbações psiquiátricas da infância.

A amígdala e o corpo caloso, entre outros, são estruturas do cérebro com diferenças relacionadas com o género (dismorfismos sexuais), diferenças estas que se verificam pelo número de neurónios contidos nessas estruturas, os padrões de ligação entre os neurónios e diferentes regiões cerebrais (isto é, desenvolvimento sináptico), e padrões de ramificação dendrítica e axonal. As regiões sexuais dismórficas cerebrais contêm muitos receptores androgénicos, e o seu desenvolvimento pode ser influenciado por androgénios durante a fase fetal e estádios de desenvolvimento mais tardios (Azurmendi et al., 2006).

Estes e outros dismorfismos representam o produto de dois tipos de acções de esteróides gonadais: efeitos permanentes ou organizacionais e efeitos temporários ou activacionais. Os efeitos organizacionais referem-se à capacidade dos esteróides gonadais, quando actuam no cérebro, de permanentemente alterar a estrutura ou função cerebral (Cohen-Bendahan et al., 2005; Sisk & Zehr, 2005). Os efeitos activacionais são acções agudas e temporárias das hormonas: a exposição mais tardia das hormonas no desenvolvimento, como durante a adolescência, tem um efeito mais transitório na estrutura neural e no comportamento, a que se denomina efeitos activacionais (apesar de alguns estudos recentes sugerirem alguns efeitos organizacionais durante este período). Assim, os efeitos hormonais são divididos em dois períodos ao longo do desenvolvimento: efeitos organizacionais no desenvolvimento perinatal e efeitos activacionais na puberdade.

Devido aos efeitos precoces organizacionais hormonais, poderá haver importantes diferenças sexuais na sensibilidade aos esteróides sexuais desde uma idade precoce: indivíduos diferem não só nos níveis de hormonas circulantes mas também na sensibilidade a estas (Cohen-Bendahan et al., 2005) (Azurmendi et al., 2006).

Apesar de existir uma clara evidência a partir de estudos em animais que os androgénios produzem efeitos organizacionais e activacionais no comportamento agressivo, nos humanos estes achados são ainda inconclusivos (Maras et al., 2003). Sabe-se que nos humanos, a manifestação da agressividade é influenciada por processos de aprendizagem durante a socialização.

A testosterona é uma hormona androgénica proeminente que exerce efeitos organizacionais, que como outras hormonas esteróides, atravessa a barreira hemato-encefálica, ligando-se aos receptores androgénicos que estão presentes em diversas partes do cérebro humano. Primeiro, os efeitos organizacionais pré-natais da testosterona podem modular os circuitos dopaminérgicos de tal forma que coloca os rapazes em maior risco de desenvolver perturbações de défice de atenção e perturbações disruptivas do comportamento. Segundo,

efeitos activacionais do estradiol na puberdade podem modular o circuito amigdalár, para além de outros circuitos, com efeito particular nas vias serotoninérgicas, de tal forma que coloca as raparigas em maior risco de perturbações internalizantes e do humor (Martel et al., 2009). O humor e a energia, tal como algumas funções cognitivas (noção espacial e matemática, competências verbais) são, até algum ponto, relacionadas com a testosterona (Leiber, Wetterauer, & Berner, 2010).

Os neuroesteróides são um potencial alvo no futuro para intervenções farmacológicas. Apesar do recente interesse neste campo, infelizmente poucos estudos clínicos existem e a pesquisa no envolvimento dos neuroesteróides em doenças psiquiátricas está nos seus estádios iniciais. Mas há estudos que vão ao encontro do seu envolvimento em diversas psicopatologias (Strous, Maayan, & Weizman, 2006), que a seguir se enumeram.

#### *Efeitos comportamentais dos androgénios*

A testosterona afecta o comportamento dos adultos, mas pouco é sabido acerca de como pode afectar o comportamento das crianças (Srong & Dabbs, 1999).

Entre animais e seres-humanos adultos, sabe-se que a testosterona está associada com dominância. Nos seres-humanos sabe-se também que a testosterona está relacionada com delinquência, criminalidade, abuso de droga e relações conjugais perturbadas. Estes achados foram interpretados como que a testosterona causa agressividade, mas parece mais que a testosterona está mais associada a comportamentos de dominância, que pode ou não estar associado a agressividade. A testosterona em adultos normais está também associada a maior energia e movimento.

Tal como pode ser inferido pelos inúmeros efeitos dos androgénios a nível cerebral, uma grande variedade de comportamentos nos animais são androgénio-dependentes. Os androgénios desempenham um papel no comportamento sexual, agressão e, em alguma extensão, na posição social. Contrariamente aos animais, relativamente pouco é sabido acerca dos efeitos comportamentais dos androgénios nos humanos. O papel dos androgénios no comportamento agressivo foi inferido a partir de estudos em que as amostras foram seleccionadas com base no comportamento violento. Em comparação com os prisioneiros condenados por crimes não violentos, os prisioneiros do sexo masculino com história de crime violento durante a adolescência ou comportamento violento crónico, têm níveis mais elevados de testosterona. De forma semelhante, níveis mais elevados de testosterona foram observados em

mulheres com psicopatologia e história de violência. Em contraste, alguns estudos não encontraram níveis plasmáticos de testosterona mais elevados em criminosos violentos do que em não violentos. Mas é de notar que estudos não sugerem diferenças de grupo noutra direcção, isto é, violência associada com baixos níveis de testosterona.

Os poucos estudos existentes em crianças focam-se na agressividade, hiperactividade e outros problemas do comportamento. A testosterona está associada a diminuição do humor e a diminuição da sociabilidade, mas esta última só foi confirmada nas crianças antes da puberdade, pois aparentemente a testosterona está relacionada com comportamento independente e não sociável em crianças muito novas e esta relação é minorada pela aproximação e início da adolescência (Srong & Dabbs, 1999). Na população infantil, Scerbo e Kolko (1994) encontraram que a testosterona estava relacionada com agressividade, défice de atenção e hiperactividade, que correspondia ao que era referido quando eram questionados os pais e professores. Contrariamente, Schaal, Tremblay, Soussignan e Susman (1996) encontraram elevação da testosterona associada com baixa agressividade em crianças dos 6 aos 12 anos, e Constantino et al. (1993) não encontraram relação entre testosterona e agressividade numa amostra de rapazes e raparigas institucionalizados (Srong & Dabbs, 1999). Portanto, os resultados dos estudos são ainda muito inconsistentes na população infantil.

Kirkpatrick, Campbell, Wharry e Robinson (1993) encontraram níveis mais elevados de testosterona em crianças com dificuldades de aprendizagem que no grupo controlo (Srong & Dabbs, 1999).

Relativamente às crianças em idade pré-escolar, só um estudo foca a relação entre os níveis de testosterona e comportamento agressivo (Sanchez-martín et al., 2000). Os androgénios estão no seu nível mais baixo no período pré-escolar (Forest, 1989).

#### *Teorias dos mecanismos hormonais na PHDA (Martel et al., 2009)*

Há uma prevalência da PHDA de 3 rapazes para 1 rapariga, o que pode indicar que os efeitos hormonais dos androgénios na infância são pelo menos plausíveis.

Um ratio menor do comprimento dos dedos, particularmente do dedo indicador em relação ao dedo anelar (2D:4D), pensa-se estar associado a uma maior exposição pré-natal de testosterona (Alexander, Wilcox, & Farmer, 2009). A activação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenérgico (HPA) na vida pós-natal contribui para o desenvolvimento das diferenças do comportamento entre sexos, uma possibilidade sugerida pela evidência prévia de acções

biológicas das hormonas nas crianças na idade pré-puberal (Aksgladaede et al., 2006) (Alexander, Wilcox, & Farmer, 2009).

#### *Androgénios e comportamento: Contexto do indivíduo*

Um variado número de factores podem modular a relação entre androgénios e comportamento, resultando em diferenças interindividuais consideráveis: diferenças no metabolismo pode levar a diferentes perfis metabólicos e comportamentos; uma variedade de factores como a idade e o ritmo circadiano podem modular os níveis de androgénios (os níveis de testosterona são diminuídos por stress físico e emocional); a experiência passada, o ambiente e interacções sociais, de alguma forma determinam os efeitos dos androgénios no comportamento.

Os androgénios são moduladores major da bioquímica cerebral e do comportamento. Eles regulam e interagem com factores de crescimento, neurotransmissores, neuropéptidos, esteróides neuroactivos e mensageiros neuronais secundários, para influenciar a diferenciação, crescimento e activação neuronal e a formação de sinapses. Eles também regulam comportamentos vitais (por exemplo, sexo, agressividade) e que, por sua vez, são regulados por estes comportamentos.

#### *Androgénios e perturbações do humor*

Sem dúvida o mais proeminente papel que os neuroesteróides desempenham a nível das doenças mentais, diz respeito às perturbações do humor. A DHEA demonstrou eficácia em humanos na melhoria do humor, energia, confiança e actividade. No entanto, achados conflituosos entre aumento, diminuição ou valores inalterados de níveis de DHEA(S) foram descritos na perturbação depressiva, sendo necessária uma maior pesquisa neste campo.

#### *Teorias hormonais na PDM (Martel et al., 2009)*

Há quatro teorias do envolvimento hormonal na PDM e que implicam os estrogénios: uma diferença entre sexos favorecendo as raparigas é evidente na taxa de prevalência da PDM e dos afectos negativos, que começam na puberdade; os sintomas da PDM e dos afectos negativos deve estar positivamente correlacionada com os níveis de estrogénios; os estrogénios devem causar algum impacto na transcrição do gene da serotonina e na sua actividade; os estrogénios devem interagir com a actividade do eixo HPA. Nalguns estudos (Susman et al., 1991) encontraram que raparigas com elevados

níveis de afecto negativo são caracterizadas por elevados níveis de testosterona, elevação do cortisol e diminuição das hormonas supra-renais, mas sem alteração dos níveis de estradiol. Contudo, as hormonas (estradiol, LH, FSH e testosterona) representam apenas 4% de variação do afecto negativo, enquanto que os factores sociais representam aproximadamente 10%.

A PHDA e PDM têm diferenças na prevalência a nível dos sexos que começam na infância e adolescência respectivamente, sugerindo a possibilidade de influências hormonais.

#### *Androgénios e perturbações de ansiedade*

Os androgénios têm um importante papel na resposta ao stress e nas perturbações de ansiedade baseado na sua interacção na neurotransmissão GABAérgica. A DHEA tem propriedades “antistress” (HU et al., 2000) e baixos níveis de DHEA e DHEA-S estão relacionados com maior percepção do stress e “traços de ansiedade”. Mais pesquisa é necessária nesta área para determinar se a DHEA é um factor protector ou compensatório em reacções de stress, e assim um mecanismo adaptativo biológico, ou então um factor que contribua para a exacerbação da reacção a situações de stress (Strous, Maayan, & Weizman, 2006).

#### *Androgénios e perturbações psicóticas*

Foram encontrados baixos níveis de DHEA (Tourney & Hatfield, 1972) na doença crónica (esquizofrenia) (Ritsner et al., 2001) e portanto uma correlação inversa entre os níveis de DHEA e psicopatologia (Harris et al., 2001). Um estudo recente indica que os níveis de DHEA e DHEA-S são significativamente elevados no primeiro episódio psicótico, sugerindo uma resposta dos neuroesteróides no início da psicose (Strous, Maayan, & Weizman, 2006).

#### *Androgénios e perturbações da infância e da adolescência*

A investigação do papel dos neuroesteróides nas doenças psiquiátricas da infância é escassa, mas muitos estudos indicam o seu envolvimento. Há uma correlação inversa entre a sintomatologia clínica da PHDA e os níveis de DHEA e pregnenolona, particularmente evidentes nas crianças menos afectadas com PHDA, sugerindo um possível efeito protector na expressão da sintomatologia da PHDA (Strous et al., 2001) (Strous, Maayan, & Weizman, 2006). Um tratamento eficaz de 3 meses de metilfenidato está associado a um significativo aumento do nível plasmático de DHEA e na DHEA-S (Maayan et al., 2003). Outros estudos revelaram níveis elevados de DHEA-S e alopregnanolona nas perturbações do

comportamento com os níveis de DHEA-S positivamente correlacionados com a intensidade da agressividade e da delinquência (van Goozen et al., 1998); os mesmos autores verificaram que as crianças com perturbação de oposição têm níveis mais elevados de DHEA-S que os grupos controlo.

## CASO CLÍNICO

A Maria é observada em consulta de Pedopsiquiatria, pela primeira vez em Março de 2009, na sequência do pedido de consulta efectuado pela mãe, por birras frequentes, recusa em fazer tarefas, irrequietude, irritabilidade, dificuldade de atenção nas aulas com constantes distrações e desinibição sexual (“não tem pudor em andar nua ao pé de outras crianças”, sic mãe). É também referido pela mãe que a Maria desde o início da pré-primária que adopta comportamentos de “maria-rapaz” e na sua relação com os pares tem prazer em fazer jogos característicos do sexo oposto (jogar futebol, jogos de medição de forças nos intervalos escolares), hetero-agressividade para com os pares, gostando de ser a líder.

A Maria tem 7 anos de idade e frequenta o 2º ano de escolaridade. Nos antecedentes pessoais, a mãe, que a acompanhou na primeira consulta, traz o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil onde é referido pubarca precoce sendo seguida em consulta de Endocrinologia desde Outubro de 2008 por aparecimento de pilosidade axilar e aumento da sudorese desde há cerca de 1 ano; em Maio de 2008 aparecimento de botão mamário e em Julho de 2008 aparecimento de pilosidade púbica. A mãe refere que as alterações a nível do comportamento surgiram por volta da altura em que surgiram as alterações corporais citadas. A Maria demonstra algum desconforto com as suas características corporais relativamente aos seus pares, nomeadamente da pilosidade, no entanto por vezes adopta comportamentos de “exibicionismo” (mexe mais na região mamária e gosta de ajustar a roupa para que se notem”, sic mãe).

Por consulta do processo clínico hospitalar da Maria verificou-se nos exames complementares de diagnóstico pedidos em consulta de Endocrinologia: análises hormonais: Androstenediona=**1,04** ng/mL (N=0,08-0,5ng/mL), DHEA-S=**131,00** µg/dL (3-85 µg/dL), Testosterona total=**39,60** ng/dL (<10ng/dL), 17 Hidroxiprogesterona=**3,80** ng/mL (0.05-0.09 ng/mL), Estradiol=**27,10** pg/mL (<20pg/mL), sendo os restantes parâmetros normais (ACTH, cortisol, estradiol, renina; função tiroideia). Ecografia Pélvica (realizada em Outubro de 2008) sem alterações, nomeadamente hiperplasia supra-renal.

Pedi à mãe e professor o preenchimento de escalas do Cálculo do Índice de Hipercinésia – Connors (Professor) e Connors (Pais). Pedi também o preenchimento do Questionário sobre o comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 18 anos, formulário para pais (versão portuguesa) (CBCL – Child Behavior Checklist), que foi preenchido pelo principal cuidador, neste caso a mãe, e versão para professor (TRF – Teacher Report Form) (Figura 2 e 3).

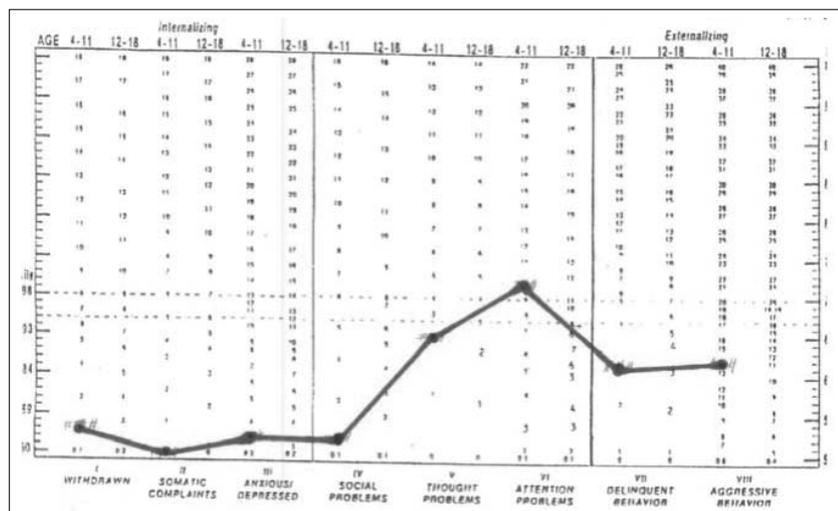


Figura 2. CBCL preenchido pela mãe

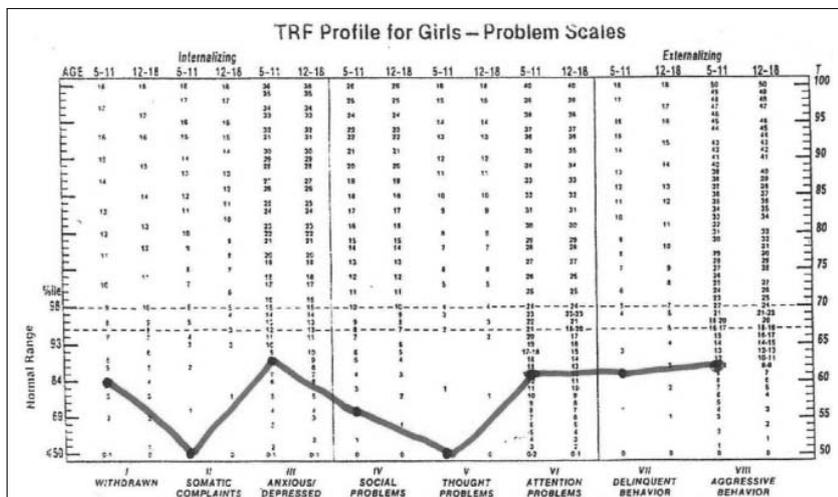


Figura 3. TRF preenchido pelo professor

Dado o quadro clínico que a Maria apresenta colocou-se como diagnóstico provável, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-IV-TR, (314.01) PHDA, tipo misto, tendo como co-morbilidade uma (313.81) Perturbação de Oposição.

## DISCUSSÃO

Este artigo surgiu da reflexão acerca do caso clínico acima citado e das causas hipotéticas, em princípio multifactoriais, da origem das alterações comportamentais. Mas neste caso colocou-se e tentou-se perceber qual a influência que a pubarca precoce e as alterações hormonais que acarreta, podem estar na génese de todo o quadro comportamental: é a partir de achados empíricos que chegamos aos factores de risco.

A crise puberal é um acontecimento disruptivo, que provoca mudanças neuroendócrinas e psicológicas e consitui um organizador psíquico (Malpique, 2008). Poucos estudos dão evidências do efeito dos androgénios no comportamento das crianças e adolescentes, sendo que desses estudos os resultados são inconsistentes (Maras et al., 2003).

No caso que se apresentou verifica-se a elevação de várias hormonas esteróides, sendo essa elevação mais marcada dos androgénios (androstenediona, DHEA-S, testosterona total), relativamente aos estrogéneos (hidroxiprogesterona e estradiol).

As alterações a nível do comportamento coincidiram temporalmente com o início das modificações corporais e portanto, com o início das alterações dos esteróides que estão na base das alterações da pubarca: estimulação por parte dos androgénios do aparecimento dos pêlos axilares e púbicos (Rubinow & Schmidt, 1996).

A CBCL é a base para a YSR e a TRF; a CBCL é um dos instrumentos de medida da psicopatologia infantil mais utilizado a nível internacional na investigação e na prática clínica. Fornece uma descrição pormenorizada e padronizada dos problemas psicológicos das crianças dos 4 aos 18 anos. É composto por duas partes que compreendem respectivamente 118 itens que descrevem os problemas comportamentais e emocionais e 20 itens de competência social; a primeira parte fornece uma escala de psicopatologia geral, cuja pontuação é considerada como um índice do nível psicopatológico

da criança, e duas subescalas relativas aos problemas emocionais (ou internalizantes) e as perturbações dos comportamentos (ou externalizantes). Existem 3 versões diferentes, consoante o observador: pais (CBCL), auto-preenchimento (YSR) e professor (TRF). A versão de 1991 (Achenbach) destas escalas foi validada a nível regional pela Universidade do Minho.

Na CBCL estão mais elevados os sintomas externalizantes, com um T-score externalizante de 62, comparativamente a um T-score internalizante de 41. Todas as subescalas correspondentes aos sintomas internalizantes têm valores muito baixos. Verificam-se, para além da elevação da subescala relativa às perturbações do comportamento, valores elevados nas subescalas de problemas da atenção. Os resultados na CBCL vão ao encontro dos resultados obtidos na escala de Conners, em que em ambas as versões, Professor e Pais o resultado é de 2 desvios-padrão acima da média (17 e 14, respectivamente).

Na TRF os valores obtidos nos sintomas internalizantes e externalizantes foram iguais (T-score de 62), sendo concordante com a CBCL apenas no facto da subescala dos problemas de atenção e de comportamento agressivo serem as subescalas mais elevadas; aqui a subescala de ansiedade/depressão está também bastante elevada.

A pubarca adiantada da Maria poderá provocar nela um conflito interno devido ao seu corpo ter já caracteres secundários e a sua evolução psico-sexual não acompanhar o crescimento do seu corpo; isto também cria um conflito com o seu grupo de pares devido às diferenças externas serem óbvias. A desinibição sexual referida pela mãe na primeira consulta poderá advir das alterações hormonais e a consequente excitação sexual.

Estudos revelam que crianças dos 3-12 anos com elevação da testosterona são mais mal-humoradas, ficam mais vezes chateadas, inquietas e acordam mais vezes de mau humor, o que vai de encontro aos problemas de comportamento da Maria. São também menos próximas dos pais. Outros estudos revelaram níveis elevados de DHEA-S e alopregnanolona nas perturbações do comportamento com os níveis de DHEA-S positivamente correlacionados com a intensidade da agressividade e da delinquência (van Goozen et al., 1998). Os mesmos autores verificaram que as crianças com perturbação de oposição têm níveis mais elevados de DHEA-S que os grupos controlo (Van Goozen et al., 2000) (Strous, Maayan, & Weizman, 2006). A Maria apresenta níveis elevados de DHEA-S, que poderão estar associados aos comportamentos de oposição que apresenta.

Azurmendi et al. (2006) encontraram que há uma diferença na influência hormonal no comportamento de acordo com o género: nos rapazes é a

androstenediona que está correlacionada com diferentes comportamentos, enquanto que nas raparigas é a testosterona que determina esta relação.

Em contraste com a adolescência, os níveis de androgénios nas crianças são relativamente estáveis (Azurmendi et al., 2006). No entanto nem todos os estudos são consistentes. Constantino et al (1993) falharam em encontrar alguma relação entre os níveis de testosterona e agressividade em crianças entre os 4 e 10 anos, enquanto que Chance et al. (2000) encontraram uma associação entre testosterona e agressividade em crianças entre os 9 a 11 anos, mas não entre os 5 e 8 anos. São necessários mais estudos para perceber a relação entre os níveis de androgénios e a sociabilidade nesta fase de desenvolvimento.

Ramírez (2003) (Azurmendi et al., 2006) sugere que os androgénios supra-renais como a androstenediona podem ter um papel na agressividade feminina. O estudo de Azurmendi et al. (2006) só conseguiu demonstrar esta relação em rapazes em idade pré-escolar, mas não em raparigas. Alguns estudos demonstraram uma associação positiva entre níveis de testosterona e a dominância em mulheres (Cashdan, 1995; Van Honk et al., 2001).

Segundo a investigação realizada em 2002 por Celeste Malpique sobre o “Risco psiquiátrico da puberdade adiantada” (Malpique, 2008) o despertar puberal no sexo feminino, geneticamente pré-estabelecido, pode, sob influência de factores externos, ocorrer mais cedo e criar um desfasamento com a maturação psico-social da púbere, tornando-a mais vulnerável à depressão. Já nos estudo realizado por Celeste Malpique et al., de 1999-2002 (Malpique, 2008) com adolescentes dos 11 aos 16 anos se concluiu que as adolescentes com puberdade precoce são mais vulneráveis à sintomatologia depressiva. No caso apresentado poder-se-á colocar a hipótese se o agir será uma defesa antidepressiva. No caso que se apresenta a pubarca precoce, pode haver o risco do surgir, como co-morbilidade da perturbação do comportamento, uma perturbação do humor.

## CONCLUSÕES

A investigação do papel dos esteróides nas perturbações psiquiátricas da infância é escassa, mas muitos estudos indicam envolvimento. No caso que se apresentou poderá haver uma associação entre as alterações hormonais verificadas e as alterações do comportamento.

Relativamente pouco se sabe acerca dos androgénios no comportamento humano. O desenvolvimento da agressividade na infância e na adolescência é um processo multifactorial, sendo que os androgénios não podem ser os responsáveis por todas as facetas do comportamento anti-social e agressivo. A influência precoce dos androgénios no desenvolvimento cerebral pode vulnerabilizar o indivíduo a agir ou reagir de uma forma mais ou menos agressiva ou anti-social. Além disso, as experiências emocionais durante a infância, os processos de socialização (como a relação com os progenitores e com os pares, performance académica, a aquisição de competências sociais), os traços de personalidade (como a inteligência e o temperamento) e outros sistemas neurobiológicos (como a via serotoninérgica) são importantes factores na etiologia e manifestação do comportamento agressivo (Maras et al., 2003). Estudos que correlacionam androgénios e agressividade caracterizam-se primariamente pela sua inconsistência: alguns demonstram uma relação positiva entre a agressividade e os níveis de androgénios, principalmente na adolescência. Outros, não demonstram qualquer correlação, mas não há estudos que vão em sentido oposto, ou seja, agressividade e baixos níveis de testosterona (Rubinow & Schmidt, 1996).

O papel dos androgénios está descrito nos humanos, embora ainda inconsistentemente, na regulação da sexualidade, agressão, cognição, humor e personalidade (Rubinow & Schmidt, 1996). Há relatos em estudos recentes da associação dos esteróides androgénicos anabólicos com sintomas psiquiátricos major e síndromes (agressividade, hostilidade, raiva, irritabilidade, ansiedade psicose, mania, hipomania e depressão), mas não em todos os estudos. Neste contexto, exercem efeitos no humor e a nível do comportamento, mas os efeitos nos indivíduos estão longe de serem uniformes (Rubinow & Schmidt, 1996).

Mais estudos longitudinais que associem testosterona, comportamento e ambiente, da pré-puberdade até à vida adulta são necessários a fim de perceber como os níveis de androgénios precoces, nomeadamente da testosterona, interagem com outros factores de forma a afectar os processos sociais na adolescência e vida adulta.

## BIBLIOGRAFIA

Alexander, G.M., Wilcox, T., & Farmer, M.E. (2009). Hormone-behavior associations in early infancy. *Hormones and Behavior*, 56, 498-502.

- Archer, J. (2006). Testosterone and human aggression: An evaluation of the challenge hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 319-345.
- Azurmendi, A., et al. (2006). Aggression, dominance, and affiliation: Their relationships with androgen levels and intelligence in 5-year-old children. *Hormones and behavior*, 50, 132-140.
- Carter, R., et al. (2009). Pubertal timing and its link to behavioral and emotional problems among “at-risk” African American adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 32, 467-481.
- Eser, D. (2006). Neuropsychopharmacological properties of neuroactive steroids in depression and anxiety disorders. *Psychopharmacology*, 186, 373-387.
- Forest, M.G., & Migeon, C.J. (1970). Percentage of testosterone, androstenedione, and dehydroisoandrosterone bound to plasma protein in preadolescent children. *The Journal of Pediatrics*, 76, 732-738.
- Herrero, N., et al. (2010). What happens when we get angry? Hormonal, cardiovascular and asymmetrical brain responses. *Hormones and Behavior*, 57, 276-283.
- Kuepper, Y., et al. (2010). Aggression – Interactions of serotonin and testosterone in healthy men and women. *Behavioural Brain Research*, 206, 93-100.
- Leiber, C., Wetterauer, U., & Berner, M. (2010). Testosterone and Psyche. *Urologe*, 49, 43-46.
- Lurzel, S., Kaiser, S., Sachser, N. (2010). Social interaction, testosterone, and stress responsiveness during adolescence. *Psychology and Behavior*, 99, 40-46.
- Malpique, C. (2008). Da investigação à prática clínica – Novas interações: Risco psiquiátrico da puberdade adiantada. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 24, 25-32.
- Maras, A., et al. (2003). Association of testosterone and dihydrotestosterone with externalizing behavior in adolescent boys and girls. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 932-940.
- Martel, M.M., et al. (2009). Potential hormonal mechanisms of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: A new perspective. *Hormones and Behavior*, 55, 465-79.
- Ostatníková, D., et al. (2007). Intelligence and salivary testosterone levels in prepubertal children. *Neuropsychologia*, 45, 1378-1385.
- Rubinow, D.R., Schmidt, P.J. (1996). Androgens, Brain and Behavior. *American journal of Psychiatry*, 153(Srong & Dabbs, 1999), 974-84.
- Strous, R.D., Maayan, R., & Weizman, A. (2006). The relevance of neurosteroids to clinical psychiatry: From laboratory to the bedside. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 155-69.
- Srong, R.K., & Dabbs, J.M. (1999). Testosterone and behavior in normal young children. *Personality and Individual Differences*, 28, 909-915.
- Weber, B. (2000). Testosterone, androstenedione and dihydrotestosterone concentrations in female patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 765-771.

## ABSTRACT

The steroid hormones are formed from cholesterol that appears to play a central role in certain neuropsychological processes and psychiatric disorders such as behavioral, mood and anxiety disorders. Among these, sex steroids play a crucial role in children and adolescents development and their deregulation can lead to behavioral changes.

We present a case of a 7 years old child who appealed to Child and Adolescence Psychiatry consultation of by behavior problems, and went in consultation of Endocrinology for precocious pubarche, analytically showing elevation of androgens.

In this work we tried to do a review on the association between the endocrine and neuropsychiatric disorders.

Illustrating the literature with a case, we address the role of steroids in affective disorders and behavior.

*Key-words:* Androgens. Behavior. Steroids. Testosterone.

# RESILIÊNCIA: DO CONCEITO TEÓRICO À APLICAÇÃO CLÍNICA \*

---

Sara Almeida \*\*

## RESUMO

*Partindo do conceito de Resiliência de Boris Cyrulnik, a autora começa por descrever um estudo preliminar para a criação de uma consulta de primeira infância, numa Unidade de pedopsiquiatria, tentando identificar os factores de resiliência dessa população. De seguida, é abordado um segundo estudo, que tentou avaliar a relação entre a depressão materna e a psicopatologia na criança, nas crianças em acompanhamento na consulta de primeira infância. Com base nos resultados obtidos, são discutidas as noções de ser resiliente, transmissão transgeracional do desenvolvimento da resiliência, e factores mediadores e moderadores do desenvolvimento.*

*Palavras-chave:* Classificação Diagnóstica DC:0-3R. Depressão materna. Psicopatologia da primeira infância. Resiliência.

Em 2004 iniciámos o projecto de uma Unidade de Pedopsiquiatria no Hospital Garcia de Orta, que dá resposta a uma zona geográfica, social e economicamente muito desfavorecida. À medida que o trabalho se foi desenvolvendo, fomos pensando na possibilidade de criar uma consulta de Primeira Infância, dado o aumento de casos nesta faixa etária e a necessidade de uma abordagem terapêutica específica à fase de desenvolvimento. Assim, surgiu a ideia de tentar realizar um estudo exploratório que nos permitisse caracterizar a população entre os zero e os cinco anos que já se encontrava a ser atendida na Unidade. Que diagnósticos tinham os bebés e crianças pequenas,

---

\* Trabalho apresentado no XIII Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 19 de Novembro de 2010.

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

que tipo de famílias tinham, com que instituições poderíamos contar enquanto parceiros, etc...

Ao pensar neste estudo, surgiu um outro aspecto, que se prendia com uma experiência profissional anterior, numa equipa do Ministério da Justiça também desta área geográfica, onde a autora trabalhara com crianças em situação de elevado risco. Porquê que face a toda esta violência, algumas destas crianças não apresentavam um grau tão elevado de disfunção? Ao estudar um pouco mais este assunto, o primeiro artigo em que pensamos, foi da Dra. Maria José Gonçalves intitulado “Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência”. Neste artigo, a autora além de considerar a resiliência como um conceito dinâmico e interactivo que muitas vezes depende da qualidade da relação com o prestador de cuidados inicial, aborda três níveis de intervenção, que seriam, “a protecção da relação mãe-filho, a intervenção terapêutica junto da criança e um terceiro nível, para os casos mais graves, que permitiria medidas de protecção à criança” (Gonçalves, 2003). Em 2005, a Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência organizou um encontro em que o convidado foi o Prof. Cyrulnik o que foi, para os mais jovens, um veículo mais rápido para a compreensão da sua obra, mais especificamente o conceito de resiliência.

Assim, no seminário de investigação dirigido pelo Dr. Pedro Caldeira da Silva, na Unidade de Primeira Infância do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia, ao expor estas ideias que estavam a germinar, mas sem fio condutor, surgiu, com o apoio deste espaço de reflexão o primeiro trabalho acerca do conceito resiliência, que consistia no estudo preliminar para a criação de uma consulta de Primeira infância, tentando identificar os factores de resiliência desta população (Almeida, Pires, Ramos, Ceppas, Silva, & Brito, 2007).

## **O PRIMEIRO TRABALHO**

Definimos como objectivo realizar um estudo descritivo e exploratório das características da população, constituída por setenta crianças, dos zero aos cinco anos atendidas na unidade, durante o ano de 2005, e identificar os factores de resiliência existentes.

Para a operacionalização destes conceitos, mais uma vez contamos com o apoio do seminário de investigação. Assim, recorrendo a uma das classificações que o International Resilience Project propunha, construímos uma check -list,

com os factores protectores associados à criança, à família e à comunidade, descritos por Ann S. Masten e Marie-Gabrielle J. Reed do *International Resilience Project* (Scott, Reed, & Masten, 1999).

Este modelo aborda a resiliência como sendo constituída por vários factores, que se agrupariam em 3 grandes grupos: Criança, família e comunidade.

Na criança, os autores identificam 9 factores protectores:

- Competências cognitivas incluindo capacidade de resolução de problemas e de atenção
- Temperamento fácil em bebé
- Auto-conceito positivo
- Auto eficácia
- Visão positiva do futuro
- Boa regulação de estados emocionais e impulsos
- Talentos valorizados pelo próprio e pela sociedade
- Bom sentido de humor
- Ser atraente e interessante para os outros

Na família identificavam 8 factores protectores:

- Qualidade da relação com os adultos cuidadores
- Autoridade parental (elevado afecto, estrutura/monitorização e expectativas)
- Clima familiar positivo (baixo nível de conflitualidade familiar)
- Ambiente familiar organizado
- Nível de instrução dos pais (> secundário)
- Pais com as qualidades descritas para as crianças
- Pais envolvidos na educação das crianças
- Vantagens socioeconómicas

E na comunidade, 6 factores protectores:

- Escolas de qualidade
- Ligações a organizações (clubes, associações, escuteiros, etc.)
- Bairros com “sentido de colectividade”
- Elevados níveis de segurança

- Bons serviços de emergência (ex: linhas telefônicas)
- Bons serviços de saúde pública e acesso aos cuidados de saúde primários

Depois da recolha dos dados das fichas clínicas, pedimos aos vários técnicos da equipa que preenchessem para cada criança, que se encontravam a acompanhar, entre os zero e os cinco anos, a check- list dos vários factores de resiliência.

Da caracterização da nossa amostra, constatamos que 57% eram rapazes, contra 43% de raparigas e que 27% tinham menos de dois anos. 64% das crianças viviam com a família nuclear.

O principal motivo de consulta foi as alterações de comportamento, seguidos das dificuldades de linguagem e das dificuldades relacionais, surgindo oito casos em que o motivo foi maus-tratos e negligência. A referência para a nossa consulta fora realizada em igual percentagem por serviços do nosso hospital e outras unidades locais de saúde.

No estudo da resiliência, encontramos nos factores de resiliência na criança, uma média de dois por criança, sendo a percentagem cumulativa de crianças com 0 a 2 factores, em 9 de 41%, como vemos no Gráfico 1:

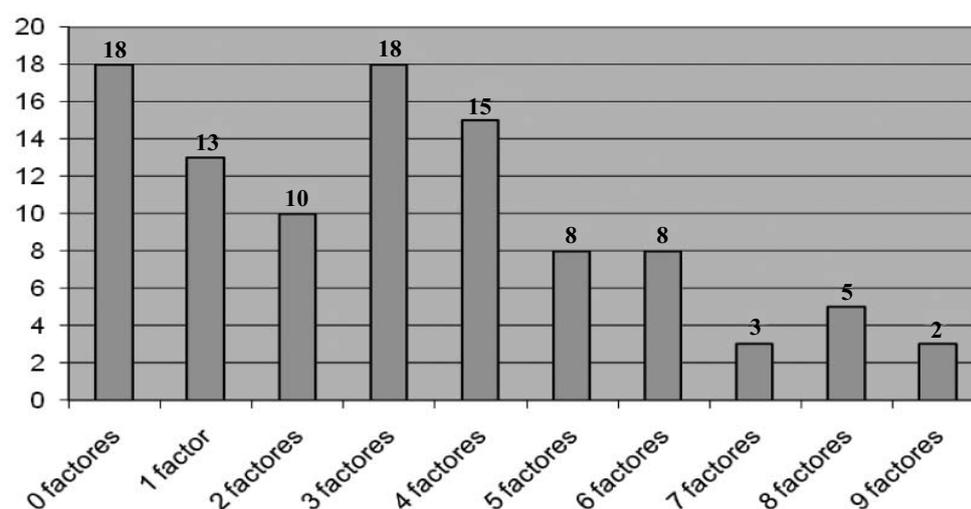


Gráfico 1. Factores na criança, N=70

Na família também uma média de 2 factores em 8, sendo que em 65% das crianças os técnicos identificavam entre 0 e 2 factores, como mostra o Gráfico 2:

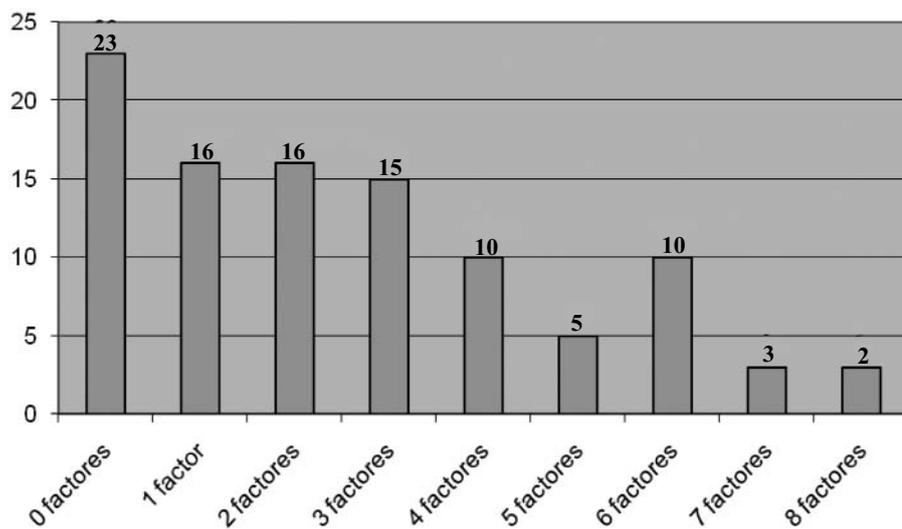


Gráfico 2. Factores na família, N=70

E na comunidade, a curva aproximava-se de uma curva normal, aqui com uma média de 4 factores por criança, já num total de 6 (Gráfico 3).

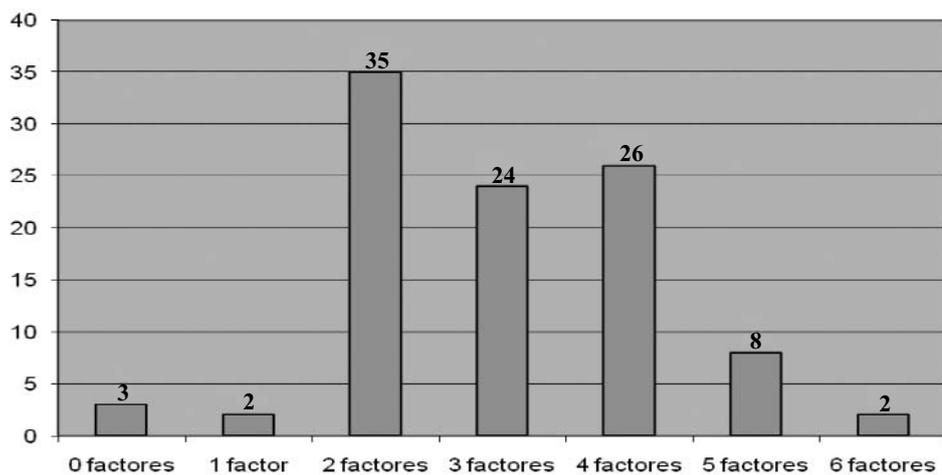


Gráfico 3. Factores na comunidade, N=70

Quanto à distribuição de cada factor, observamos que o factor mais elevado na criança foi a atractividade (Gráfico 4).

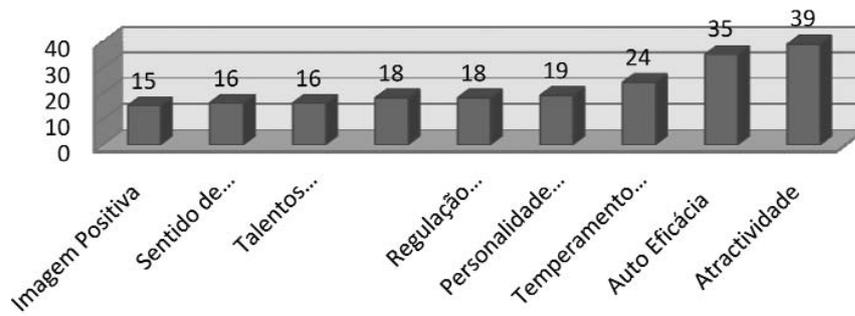


Gráfico 4. Na criança,  $N=70$

Na família, a elevada presença de pais envolvidos com as crianças, em oposição à baixa autoridade parental, que era o factor menos atribuído pelos técnicos (Gráfico 5).

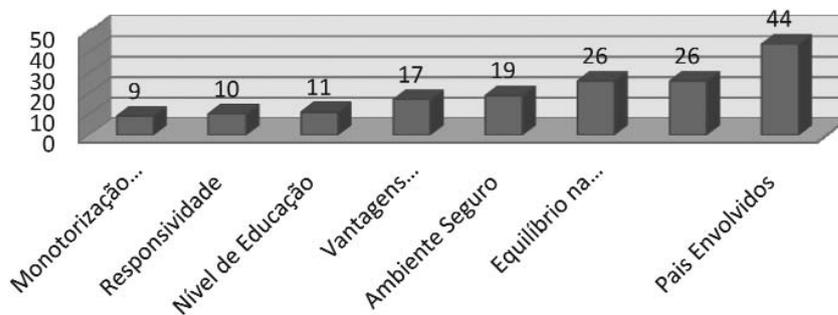


Gráfico 5. Na família,  $N=70$

Na comunidade, surgem como valores mais elevados a acesso aos cuidados de saúde primários e às linhas telefónicas de emergência, assim como as escolas de qualidade (Gráfico 6).

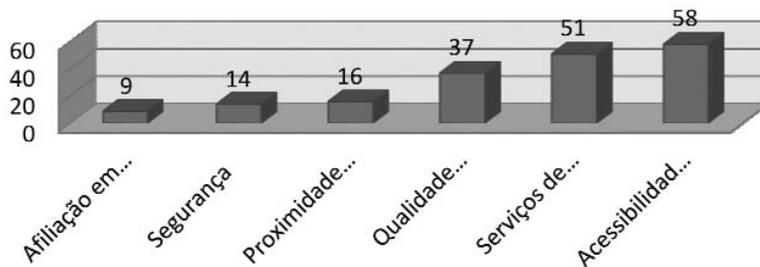


Gráfico 6. Na comunidade,  $N=70$

A análise destes resultados, levou-nos a tomar em particular consideração alguns aspectos. Para além do desenvolvimento de modalidades terapêuticas que mais se adaptassem a esta população, que parceiros na comunidade deveríamos ter?

Retomamos então à noção de resiliência e à concepção do Prof. Cyrulnik, que considerava que todo o estudo sobre a resiliência deveria abordar 3 planos: “Um primeiro, considerando que a Aquisição de recursos internos impregnados no temperamento, desde os primeiros anos de vida, durante as interações precoces pré-verbais, explicará a forma de reagir às agressões, criando tutores de desenvolvimento, mais ou menos sólidos; A estrutura da agressão explica os danos do primeiro golpe, ferida ou carência. Mas é o significado que esse golpe tomará na história do ser vivo e no contexto social e familiar que explicará os efeitos devastadores do segundo golpe, aquele que produz o traumatismo e finalmente um terceiro plano, considerando que a possibilidade de encontrar lugares de afecto, de actividades e de palavras que a sociedade por vezes dispõe, oferecerá os tutores de resiliência que permitirão reiniciar um desenvolvimento transformado pela ferida” (Cyrulnik, 2003, p. 19)

Este último plano suportou teoricamente um dos nossos resultados: o facto de termos um elevado número de crianças inscritas nas creches, o que nos parecia, tendo em conta o nosso estudo, apresentar-se como um factor protector. Assim, iniciamos um trabalho de parceria com um grupo de creches, que consideramos de grande qualidade e têm mostrado uma extraordinária disponibilidade. Que passa por reuniões frequentes de discussão de casos, encaminhamento de bebés e crianças pequenas, por parte de ambos os parceiros, quer para no acesso à consulta, quer no encaminhamento para a creche, onde as amas familiares tomaram um lugar de destaque, e sobretudo a eleição de tutores, para aquelas crianças que consideramos apresentar alguma vulnerabilidade. Este último aspecto, uma vez mais na linha de pensamento, daquilo que o Prof. Cyrulnik refere na sua obra *Infelicidade Maravilhosa*, quando considera *que a resiliência constitui um processo natural, em que aquilo que somos num determinado momento, deve obrigatoriamente tricotar-se com os meios ecológicos, afectivos e verbais. Basta que um destes meios falhe para que tudo desabe. Basta que encontremos um ponto de apoio e a construção poderá recomeçar* (Cyrulnik, 2001). Estes educadores de infância e auxiliares apresentam no nosso entender, esse ponto de apoio, para algumas destas crianças.

## SEGUNDO TRABALHO

Para além deste investimento na parceria com as creches, o trabalho clínico com estas famílias e crianças foi-se desenvolvendo, recorrendo aos referenciais teóricos da teoria psicanalítica e da teoria da vinculação, e acompanhado pelo conceito de resiliência enquanto modelo conceptual, que permanecia no nosso pensamento. À medida que o trabalho clínico se foi desenrolando um novo dado empírico nos parecia surgir: um aparente elevado número de mães deprimidas na nossa consulta. Tendo em conta os dados da literatura, este aspecto, parecia apresentar-se como um factor de risco, com forte impacto negativo no desenvolvimento de comportamentos promotores de resiliência na criança. Na literatura, encontramos inúmeros estudos acerca da associação entre depressão materna e prestação de cuidados à criança, sendo que os investigadores que estudam mães em situação de interacção face-a-face com os seus bebés, encontraram elevados níveis de sintomas depressivos na mãe, associados com menor responsividade e sensibilidade materna, menos interacção verbal e visual e maior intrusividade (Campbell et al., 2004; Horwitz et al., 2007; Lyons-Ruth et al., 2000).

As fragilidades na interacção mãe-bebé em mães deprimidas, toma ainda proporções maiores, quando pensamos em amostras de risco, mostrando alguns estudos como os de Vaughn e Bost (1999), e Srouf em 2005 que, para além das mães deprimidas frequentemente sentem os seus bebés como apresentando um temperamento difícil, naqueles em que o mesmo de facto é identificado, surge uma correlação positiva entre temperamento e insegurança da vinculação, com consequente falha na sensibilidade da figura do cuidador, para as díades que pertencem a amostras de risco, ou seja, mães que apresentam psicopatologia ou expostas a ambientes carenciados. Este aspecto levou-nos então a um novo estudo, que constava da relação entre a Depressão Materna e a psicopatologia na criança (Almeida, Castro, Mendes, Mateus, & Pires, 2010). E ao mesmo subjaziam duas questões: Qual a prevalência de depressão materna na nossa amostra? E se existirá uma relação entre depressão materna e psicopatologia na criança?

Para tal, começamos por constituir como amostra as primeiras consultas do ano de 2009, o que excluindo alguns *drop-outs* (por se recusarem a participar no estudo ou pelo cuidador actual não ser a mãe), deu lugar a uma amostra de 56 díades mãe-criança.

Os níveis de depressão materna, foram medidos com recurso à BDI II, escala de Beck, dando conta que: 41.18% das mães apresentavam depressão severa e 21.57% depressão moderada ou seja, o correspondente a trinta e duas

mães, apresentavam depressão moderada a severa, e destas, vinte referiam ter sofrido de depressão pós-parto, dado este, que não foi passível de ser estatisticamente medido, pois foi apenas referido na anamnese pelas mães.

Em termos de variáveis sócio-demográficas e clínicas, de acordo com os diferentes diagnósticos na DC: 0-3R, como podemos ver no Quadro 1, as crianças com diagnóstico no eixo II e nos eixos I e II, apresentaram valores mais elevados de depressão materna do que as que só apresentam diagnóstico no eixo I.

Quadro 1

	Eixo I	Eixo II	Eixos I & II	Sem diagnóstico	Teste
% (N)	29.41 (15)	25.49 (13)	29.41 (15)	15.69 (8)	
Idade criança: % (N)	46.93 (14.91)	40.92 (16.44)	53.6 (9.2)	41.25 (17.829)	$F^1[3,51]=2.22; p=.09$
Rapazes: % (N)	80.00 (12)	79.62 (10)	66.67 (10)	75.00 (6)	<i>n.s.</i>
Idade mãe: média(SD)	32.93 (4.76)	33.62 (7.36)	34.53 (3.78)	35.12 (4.02)	<i>n.s.</i>
Graffard : média(SD)	3.00 (.92)	3.38 (.65)	3.00 (1.00)	3.38 (1.19)	<i>n.s.</i>
Depressão pós-parto: % (N)	20.00 (3)	69.23 (9)	60.00 (9)	25.00 (2)	$p^2=.024$
BDI grave ou moderada: % (N)	21.88 (7)	34.38 (11)	34.38 (11)	9.38 (3)	$p^2=.074$
Depressão crónica: % (N)	13.33 (2)	69.23 (9)	53.33 (8)	12.50 (1)	$p^2=.004$

Os resultados mostraram ainda que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre Depressão Materna e o diagnóstico no Eixo I, no entanto o diagnóstico no eixo II surge associado a depressão materna, sendo que por cada ponto que aumenta a BDI, o risco de obter este diagnóstico aumenta em 9%. E a probabilidade de receber um diagnóstico duplo nos eixos I e II surge também associada com a depressão materna e a idade da criança, sendo que por cada mês de idade da criança o risco de receber um diagnóstico duplo aumenta 10% e por cada ponto que aumenta a BDI o risco aumenta 9% (Quadro 2).

Quadro 2

	Eixo I	Eixo II	Eixo I & II
BDI	1.05 (1.46)	1.09 (2.16)**	1.09 (2.05)**
Idade criança	1.06 (1.67)	1.03 (1.06)	1.13 (2.56)**
Idade materna	.83 (1.71)	.87 (1.26)	.86 (1.40)
Género	.99 (.01)	.75 (.24)	.47 (.65)

Nota. Absolute z value in parentheses; \*\* $p<0.05$ ; \*\*\* $p<0.001$ ; Log-likelihood=-55.85; LR  $\chi^2(15)=26.89$ ;  $p<0.05$ ; pseudo  $r^2=20\%$ .

Em conclusão, observamos depressão severa a moderada em metade das mães, ocorrendo uma relação entre a depressão materna e a perturbação da relação no eixo II. A perturbação da relação ansiosa – tensa e subenvolvida foram os diagnósticos mais comuns no eixo II, e poderão eventualmente ser explicados pelo elevado nível de depressão materna da amostra.

Estes resultados parecem indicar a depressão materna como estando associada com hostilidade, padrões interactivos subenvolvidos, com mães pouco expressivas, distantes e menos contingentes. Aspectos que poderão implicar uma relação mãe-criança tensa e constricta, como menor prazer nas trocas afectivas e menor responsividade.

Paralelamente, vai ao encontro de estudos realizados com amostras clínicas semelhantes, ao confirmar a importância da perturbação da relação na psicopatologia da criança, nomeadamente ao nível da perturbação da relação no eixo II da DC 0-3 (Mothander & Moe, 2010) e o de Marques em 2003, acerca da depressão materna e representações mentais, em que recorrendo à Entrevista R de D. Stern, a autora encontrou no grupo das mães deprimidas uma representação de si e uma representação da criança menos positiva, comparativamente a um grupo de mães não deprimidas.

Após a análise destes resultados, e pensando no conceito de resiliência, novas dúvidas nos surgiram. Apesar das diferenças estatisticamente significativas para associação entre a psicopatologia no eixo II e a depressão materna, três crianças, não apresentavam qualquer diagnóstico nos eixos I ou II, apesar das mães apresentarem valores de depressão severa na BDI. Que factores estariam aqui em jogo?

Pensamos então nas investigações de Fonagy e colegas em 1994, que definiram a resiliência como sendo o desenvolvimento normal sob condições difíceis.

Estes autores estudaram ainda a influência do processo de transmissão transgeracional no desenvolvimento da resiliência, observando que as crianças resilientes eram aquelas que apresentavam vinculações seguras. Salientando os autores a este propósito que partindo do princípio que cada cuidador transmitia à criança até aos dois anos de idade os seus modelos operativos internos de relacionamento, independentemente do outro cuidador, a presença de pelo menos um modelo positivo de relacionamento que transmita segurança, seria suficiente para favorecer a resiliência da mesma. Assim, a criança seria capaz de diferenciar e isolar os modelos operativos internos dos seus cuidadores primários, surgindo este sistema de vinculação, como mediador entre ela e as situações difíceis.

Outro aspecto a observar aqui seria também a existência para além destes factores mediadores (como é a existência de outras figuras de vinculação privilegiadas), a existência de moderadores, ou seja, a variação de respostas a adversidades, de acordo com o género, idade, momento da vida da criança em que ocorre o episódio depressivo da mãe ou o temperamento, contribuindo estas variáveis para funcionar como factores de risco ou protectores no processo de adaptação.

Nesta linha de pensamento Goodman em 1999, postulou um modelo desenvolvimental de compreensão dos mecanismos de transmissão do risco de psicopatologia em crianças de mães deprimidas, considerando entre outros aspectos a aparente existência de evidências da influência bi-direccional (mãe e bebé) neste processo. Esta noção de mutualidade é também abordada pelos autores que trabalham na área da interacção mãe-bebé, referindo Bernard Golse em 1998, *que nem toda a depressão materna dá lugar a depressão no bebé. Já que uma mãe não está sempre sozinha com o seu bebé, salvo circunstâncias particulares.*

Assim, apesar do importante factor de risco que a depressão materna apresenta, e que nomeadamente nesta amostra de risco psicossocial, toma especial importância, outros factores parecem intervir, quer através da influência de mediadores, quer modeladores, associados com a noção de mutualidade, ou seja, ao papel do bebé e contributo dos seus comportamentos interactivos, para a relação. Uma associação de factores, que contribuem para o aparecimento de ainda alguns bebés resilientes, mesmo numa amostra de grande risco.

Tomando como exemplo o estudo de Conrad em 1998 sobre a influência da depressão materna em crianças de níveis sócio-económicos desfavorecidos, as ideias de Rutter 1999 sobre os múltiplos stressores, e as de Fonagy em 1994 sobre a transmissão transgeracional da resiliência, as crianças, não podem ser olhadas unicamente como vítimas da condição de doença dessas mães, sem que esta últimas, sejam também vistas como sujeitas ao stress produzido pela doença ou falta de condições favoráveis, e sem considerar ainda a presença de outras figuras significativas em contacto com essas crianças e famílias.

A condição de resiliente, não se adquire naturalmente. Ela parece assim depender do processo de interacção da criança com os outros, da criação de um vínculo afectivo através do estabelecimento de uma relação primordial, primária e dinâmica, continente-contido, entre a mãe e o bebé, evoluindo para uma abertura rumo à triangulação, pai-mãe-bebé, responsáveis pelos alicerces da construção do sistema psíquico deste novo ser. Processo que parece ocorrer,

através do próprio processo de humanização, ou seja, pelo nascimento da sua identidade e capacidade de sonhar, pela capacidade de fantasiar e simbolizar.

E como refere Stern, na obra “O mundo interpessoal do bebê” *o sentimento do self, sentimento do próprio – é o princípio organizador da experiência subjectiva do bebê, sendo que as experiências precoces deste com a mãe, são precursoras do sentido de self e indispensáveis para a sua formação e desenvolvimento saudável* (Stern, 1985).

Ou recorrendo às palavras do Prof Cyrulnik quando vemos estas crianças resilientes da nossa amostra, poderemos pensar que durante as suas interações precoces, uma marca se terá impregnado na sua memória: o sentimento de já terem sido socorridas em alguma dificuldade quando eram muito mais pequenas: a vinculação segura a um outro cuidador, pai, ama, educadora, a existência de uma mãe que esteve disponível para lhe emprestar o seu aparelho de pensar os pensamentos, mesmo doente ou tendo depois adoecido, algo que lhe permite ser resiliente agora, até porque, e parafraseando novamente as palavras do Prof. Cyrulnik *não se é resiliente para toda e qualquer situação, nem em todos os momentos* (Cyrulnik, 2001).

Terminámos citando as palavras de Léon Kreisler, no Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente de Didier Houzel.

Afirmava Kreisler, em tom de interrogação, a propósito deste tema resiliência:

*“Cumprirá a resiliência as ambições de uma investigação internacional (International resilient Project, da Universidade de Birmingham)? Conseguirá diferenciar os aspectos socioculturais, visar especificar uma entidade psicológica, recensear os factores, extrair critérios cognitivos ou comportamentais tendo em vista uma sistematização? Nesta expectativa indecisa retenhamos como mérito seu, fazer sair a criança de um modelo de pura assistência, creditando-lhe capacidades defensivas e organizadoras, abrindo assim uma perspectiva essencial para o trabalho médico-sociológico face às inúmeras crianças doentes nas nossas civilizações”* (Kreisler, in Houzel, 1990).

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, S., Castro, F., Mendes, A., Mateus, M., & Pires, P. (2010). *Maternal depression and child psychopathology in a infancy early childhood consultation*. Apresentado sob a forma de poster no World Congress of World association for Infant Mental Health (WHAIM), Leipzig.

- Almeida, S., Pires, P., Ramos, V. Ceppas, M., Silva, P., & Brito, I. (2007). *Estudo preliminar para a criação de uma consulta de 1ª infância: Factores de resiliência*. Apresentado sob a forma de Poster Discussion na International Attachment Conference. Braga: Universidade do Minho.
- Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.I., Mohan, R., & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depression and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Developmental Psychopathology, 16*, 231-252.
- Cyrułnik, B. (2001). *Uma infelicidade maravilhosa*. Porto. Ambar.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência: Essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Easterbrooks, M.A, Biesecker, G., & Lyons-Ruth, K. (2000). Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: The roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment and Human Development, 2*, 170-187.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(2), 231-257.
- Goldstein, S., & Brooks, R. (2006). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Golse, B. (1998). Psychopathologie périnatale. Définition du champ théorique-clinique. *Psychopathologie périnatale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gonçalves, M. (2003). Aumentar a resiliência nas crianças vítimas de violência. *Análise Psicológica: 20 anos da Unidade da Primeira Infância, XXI*(1), 23-30.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmissions. *Psychological Review, 106*, 458-490.
- Horwitz, S.M., Briggs-Gowan, M.J., Storger-Isser, A., & Carter, A.S. (2007). Prevalence, correlates and persistence of maternal depression. *Journal of Women's Health, 16*, 678-691.
- Kreisler, L. (2004). Resiliência. In F. Maggio, D. Houzel, & M. Emmanuelli (Eds.), *Manual de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica: 20 anos da Unidade da Primeira Infância, XXI*(1), 85-94.
- Mothander, P.S., & Moe, R.G. (2010). *Self-reported depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers who bring their infants to an infant mental health Clinic* (in press) .
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf et al. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-189). Cambridge.
- Scott, D.T., Reed, Marie Gabrielle J., & Masten, A. (1999). Measuring developmental changes in exposure to adversity: A life chart and rating scale approach. *Development and Psychopathology, 11*, 171-192.
- Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*, 349-367.

- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Vaughn, B.E., & Bost, K.K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 198-225). New York: Guilford.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition* (DC:0-3). Washington, DC: Zero to three Press.

## ABSTRACT

Based on the concept of Boris Cyrulnik's resilience, the author describes a preliminary study for the development of a consultation in early infancy in a child psychiatry unit, trying to identify factors leading to resilience in this population. Then will describe a second study, which attempted to assess the relationship between maternal depression and psychopathology in childhood. Based on these results, we discuss the notions of being resilient, the transgenerational development of resilience, and the mediating and moderating factors of resilience development.

*Key-words:* Diagnostic Classification DC:0-3R. Early infancy psychopathology. Maternal depression. Resilience.