

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 37

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETOR

Pedro Pires

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata

Catarina Cordovil

Ivo Peixoto

José Alberto Garrido

Neide Urbano

Otilia Queirós

Raquel Quelhas de Lima

Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira

Beatriz Gil Pena

Emílio Salgueiro

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Maria Luís Borges de Castro

Teresa Goldschmidt

EDITORAssociação 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

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Pedro Pires

p. 5

ARTIGOS

“Tu não te sabes sentar aí!”

– Reflexão acerca do brincar

*Andreia Araújo, Maria Helena Afonso,
& João Beirão*

p. 7

Efeitos psiquiátricos dos antiepiléticos

– Revisão do tema a propósito
de um caso clínico*Dora Leal, Filipa Marques,
Ana Rita Soares, José Carlos Ferreira,
& Pedro Cabral*

p. 21

“Diagnóstico de Perturbações do
Espectro do Autismo em idade escolar”*Maria do Carmo Santos,
Cristina Tavares, Inês Guerra Aguiar,
& Teresa Correia*

p. 31

Fico deitado na cama a pensar na minha
mãe” – Dois casos clínicos em saúde
mental infantil à luz do pensamento de
João dos Santos*R. Monte-Alto, R. Rodrigues,
& Cláudia Cabido*

p. 47

Fatores implicados no fenómeno de
Bullying em contexto escolar:
Influência da separação/divórcio
parental*Teresa Sousa Ferreira*

p. 65

Incidências da transmissão dos
traços de cultura no processo de
subjativação da criança e do
adolescente migrante*Viviani Carmo-Huerta
& Marie-Rose Moro*

p. 77

Normas de Publicação

p. 91

EDITORIAL

Tempo de mudança...

“Quem escreve, escreve para alguém. A representação gráfica é assim o suporte da relação a quem se escreve (...)”.

Maria Luís Borges de Castro, R.P.P., nº 29, p. 34

O presente número da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria reveste-se de particular singularidade pois assinala algumas mudanças na sua já longa vida, precisamente 24 anos de existência: a renovação da equipa redatorial e o início da sua publicação online.

A primeira palavra é dirigida à Dr^a Maria Luís Borges de Castro, diretora da Revista desde 2003 até este ano, e é de profundo agradecimento por tudo o que deu de si à Revista. As suas características pessoais: perseverança, capacidade de mobilização, criatividade, paixão pela vida; a par do seu profundo conhecimento científico, tornaram possível a continuidade da excelência da Revista e dos seus Colóquios. A nova equipa redatorial tudo fará para manter a fásquia de qualidade a que nos habituou. Em meu nome pessoal e de toda a equipa redatorial: Bem haja Dr^a María Luís!

Sejam bem-vindos os que aceitaram o convite para continuar este projeto como membros da nova Comissão Redatorial: Ana Prata (em representação da Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência), Catarina Cordovil, Ivo Peixoto, José Garrido, Neide Urbano, Otilia Queirós, Raquel Quelhas de Lima, e Suzana Henriques. É nosso objetivo continuar a estimular a produção científica e sobretudo dar destaque ao que de melhor se

tem feito no nosso País na área da saúde mental da infância e adolescência. Nos tempos atuais, a pedopsiquiatria confronta-se com importantes desafios decorrentes das marcadas mudanças socioeconómicas, em que parece imperar mais o agir do que o pensar, o ter mais do que o ser, a rutura mais do que o diálogo. A Revista é um veículo para nos comunicarmos e um pretexto para a reflexão, quer pessoal quer das equipas em que trabalhamos, contribuindo assim para reafirmar a nossa valorização do pensamento e da ação refletida e consistente. A visibilidade da pedopsiquiatria depende bastante da nossa capacidade de organização como comunidade científica e da divulgação do nosso trabalho. Por isso, convido-vos a todos a fazerem parte da Revista através dos vossos artigos.

Outra novidade deste número é a sua publicação exclusiva online no site da APPIA. Pretendemos uma maior acessibilidade dos sócios à Revista, que terão livre acesso, e uma divulgação para um universo científico cada vez mais alargado e global.

Os artigos deste número espelham bem a diversidade e vivacidade da pedopsiquiatria atual, a saber: os dois prémios Dr. João dos Santos de 2013; uma revisão sobre a Perturbação do Espectro do Autismo em idade escolar; um artigo desenvolvido pela equipa da Prof^a Marie-Rose Moro sobre a transculturalidade; um trabalho de uma colega interna de psiquiatria; e um artigo resultante da interligação entre a pedopsiquiatria e a neuropediatria.

Termino com uma citação do 1º editorial da Revista, redigido pelo Dr. Coimbra de Matos, e que transmite também o desejo da nova equipa redatorial:

“Que a loucura não seja tão pouca que a virtude da sensatez possa esmagar o entusiasmo posto no lançamento desta revista, é o nosso desejo. (...) Aos leitores, esperamos não dececionar”.

Pedro Pires

“TU NÃO TE SABES SENTAR AÍ!?” – REFLEXÃO ACERCA DO BRINCAR *

Andreia Araújo **
Maria Helena Afonso **
João Beirão **

RESUMO

O brincar tem uma importância fundamental tanto no desenvolvimento infantil como em contexto psicoterapêutico. Ao iniciar o internato da especialidade de pedopsiquiatria foram sendo suscitadas algumas dúvidas relacionadas com o tema do brincar e com a posição tínhamos que ocupar enquanto terapeutas.

Assim, o objetivo deste trabalho é refletir sobre a importância do brincar, à luz de alguns casos clínicos.

Abordou-se sucintamente o lugar do brincar nas diversas etapas do desenvolvimento infantil. Com base em dois casos clínicos de crianças acompanhadas na Equipa da Lapa, fez-se uma revisão teórica, partindo de textos de alguns autores que se debruçaram sobre este tema. Deu-se especial relevo a Melanie Klein e D. W. Winnicott.

Palavras-chave: Infância. Brincar. Desenvolvimento afetivo. Psiquiatria infantil.

INTRODUÇÃO

Embora a origem da palavra “brincar” pareça envolta em polémica, diz-se que provém do latim *vinculum*, que significa laço, união e deriva do verbo *vincire*, que significa prender, seduzir, encantar¹.

* Menção Honrosa Prémio Doutor João dos Santos 2013.

** Equipa da Lapa, Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE, Lisboa.

Assim, atendendo à origem da palavra, o brincar implica um vínculo com algo em si mesmo ou com o outro, servindo como meio para desenvolver as capacidades de descobrir, escolher e recriar.

Os brinquedos foram surgindo com o desenvolvimento da sociedade e sempre foram ferramentas usadas pelo homem na sua relação com o mundo em redor. Ao longo do tempo, foram sendo fruto da natureza e do que o homem ia compreendendo sobre ela.

A bola é um dos brinquedos mais antigos: há 6500 anos, as bolas eram feitas de fibra de bambu no Japão e de pelos de animais na China.

Desde sempre, as crianças utilizam bonecas para imitar as suas mães, que ofereciam estes brinquedos às suas filhas para as motivar na aprendizagem de como lidar e tratar bebês, seus futuros filhos.

Os brinquedos tradicionais contam um pouco da história da humanidade, do seu desenvolvimento, descobertas, valores, formas de vida. Por vezes são rudimentares e simples, mas são ricos em significados e magia de uma época em que o ser humano não tinha muitos recursos além da sua própria inteligência e imaginação.

A evolução tecnológica ocorrida nas indústrias afetou também o modo como se fabricam os brinquedos. O surgimento da indústria dos brinquedos, além de retratar o desenvolvimento económico, retrata um momento histórico-social importante: a constituição de uma nova estrutura familiar, na qual a criança e a sua infância passam a ser muito valorizadas.

O fabrico de bonecas com objetivos comerciais teve início na Alemanha e França por volta do séc. XV. Em 1958 surge a *Barbie* da Mattel™, a primeira boneca com traços de adulto, uma mistura entre Brigitte Bardot e Marilyn Monroe, com roupas que se podiam trocar e que iam mostrando a evolução da moda. Em 1961, a Mattel™ criou o *Ken*, que veio fazer companhia à *Barbie*.

O Lego™ nasceu em 1932, em Billund, na Dinamarca. As primeiras peças eram de madeira. A empresa começou com seis funcionários e o nome Lego vem de “Leg Godt” que significa “boa brincadeira”. Em 1949, surge o Lego do modo que o conhecemos hoje: na forma de pequenos tijolos de plástico que juntos podem ser transformados em casas, carros e em tudo o que a imaginação permita².

Numa era em que a ciência e a tecnologia avançam a uma velocidade vertiginosa, discutem-se os riscos e os benefícios da utilização dos computadores e dos videojogos, nomeadamente o seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Têm sido realizados vários estudos no sentido de avaliar as consequências para o ser humano (incluindo as alterações cerebrais), deste novo mundo virtual³. Apesar de poder haver algum

benefício ao nível do desenvolvimento das capacidades visuais, motoras e de coordenação, estas novas formas de entretenimento parecem ser algo impeditivas do imaginar, tendo em conta que colocam o outro na sujeição, não do seu imaginário, mas do imaginário de um outro, que criou o que aparece no ecrã.

Levantam-se algumas questões: Será que estas novas formas de brincadeira apelam mais à competição do que à criatividade? Que impacto terão ao nível da comunicação, interação social e desenvolvimento afetivo?

Apesar da importância dada ao brincar, é de assinalar que, o ato de brincar, em si, não exige a existência de um brinquedo, podendo acontecer de um modo simbólico pelos jogos do *faz-de-conta*.

O BRINCAR E O DESENVOLVIMENTO AFETIVO

Ao brincar e no brincar, a criança vai progredindo nas diferentes esferas do seu desenvolvimento. Observando uma criança a brincar podemos verificar isso mesmo.

Dos 0 aos 6 meses de idade: Os bebés nascem com todos os seus sentidos já ativos. Nestes primeiros meses de vida, o bebé é um espectador ativo do que se passa à sua volta. No início da sua vida, o bebé não se percebe como tendo uma identidade própria: é incapaz de distinguir o que é seu do que é exterior. O contacto com os pais, que o seguram, acariciam, olham nos olhos, fazem-no gradualmente tomar consciência de que é uma pessoa distinta deles. Através das diversas sensações captadas pelo seu corpo, e das brincadeiras que os adultos que o rodeiam têm com ele, vai integrando o prazer relacional, e compreende que é um ser individual. O adulto que cuida o bebé vai brincando com o corpo do bebé (sorriso, cócegas), tentando criar na criança o prazer de se descobrir a ela própria, ao mesmo tempo que ajuda o bebé a descobrir e perceber quem ele é.

O primeiro sorriso aparece por volta das seis semanas, normalmente perante o rosto da mãe que lhe sorri, só aos três meses o sorriso se torna inteiramente intencional. Por volta dos cinco meses sorri perante a sua imagem num espelho embora não se reconheça. Aos seis meses descobre a relação causa-efeito, ou seja, que a sua ação provoca uma reação no meio. A partir dos seis meses começa a reconhecer as pessoas do seu meio e a afeiçoar-se a elas, sobretudo à mãe⁴⁻⁸.

Dos 6 aos 18 meses de idade: É durante este período que a criança aprende a mover-se pelos seus próprios meios e explora o espaço que a circunda.

Por volta do 8º mês surge a angústia do estranho, sinal do início do reconhecimento de a quem ele pertence. Por volta desta idade, a criança começa a integrar o conceito de *permanência*, ou seja, começa a perceber que uma pessoa ou objeto continuam a existir mesmo quando ela deixa de os ver: efetua experiências que a vão ajudando a compreender esta realidade – a criança que tem um objeto na mão e que o deixa cair, vê-se de mãos vazias sem saber como, é como se por magia tivesse feito desaparecer o objeto. Mais tarde, apercebe-se que esse objeto afinal encontra-se caído no chão e não desapareceu ainda que a criança o tivesse deixado de ver. Repete incansavelmente este jogo de aparecer/desaparecer com prazer. O jogo do “cu-cu!” é mais um exemplo: quando a mãe esconde o seu rosto por trás de algo e depois o faz reaparecer, a criança sente prazer em antecipar os seus gestos e ficará satisfeita por constatar que tinha razão em pensar que continuava lá. Aos 18 meses, com o conceito de permanência bem integrado, começa a recear menos estar separada da mãe: já sabe que ela não desaparece por deixar de a ver⁴⁻⁸.

Dos 18 meses aos 3 anos de idade: É por volta dos 18 meses que a criança reconhece a sua imagem refletida num espelho. É um período em que se afirma e quer fazer tudo sozinha. Surge o “Não!”. No plano social, é a fase da brincadeira paralela, fica satisfeita por estar na presença de outras crianças, sem, no entanto, participar nas brincadeiras delas. Por volta dos 3 anos de idade sente prazer em brincar com os pares, mas as discórdias são muito frequentes.

Nesta idade gosta de brincadeiras relacionadas com o sujar e limpar: tintas, areia, terra.

Interessa-se também por jogos de controlo: colecionar, alinhar, separar. Aprende a jogar às escondidas e gosta de imitar as ações do pai e da mãe.

Entre os 18 meses e os 3 anos, a criança brinca primeiro de uma forma exploratória passando depois a brincar de uma forma imaginativa (ao *faz-de-conta*). Na fase anterior tentava saber para que serviam os brinquedos, agora inventa-lhes novas funções. É nesta fase que aparece o jogo simbólico, que requer por parte da criança uma nova atividade mental: a representação.

A partir daqui, é capaz de representar mentalmente um objeto a partir de uma imagem real, utilizando o símbolo desse objeto. Refere-se a um objeto ausente como se estivesse presente graças a uma palavra, um desenho, ilustração ou outro objeto. A criança compreende que o símbolo não é o objeto mas que o representa. O aparecimento do jogo do *faz-de-conta* está na base do desenvolvimento do humor da criança⁵⁻⁸.

Dos 3 aos 5 anos de idade: A criança acredita em fantasmas, em fadas, no Pai Natal.

Tudo o que deseja ou imagina fica próximo de ser real e o que não compreende imagina. De facto, por volta dos 4 anos, tem alguma dificuldade em distinguir a realidade dos sonhos e da imaginação. Isto pode despertar medos. Aos 4 anos gosta de realizar espetáculos e tem grande confiança nas suas capacidades.

No plano social, os amigos adquirem uma importância crescente. Por volta dos 4-5 anos as suas competências sociais desenvolvem-se e a criança aprende a partilhar as suas brincadeiras com os outros e descobre as alegrias da amizade.

Nesta idade a criança inventa e desenvolve os seus próprios cenários de brincadeira: apoiando-se na imaginação cria cenários mais elaborados que na fase precedente, atribuindo papéis às diversas personagens.

Quanto ao humor, a criança de 3 anos pode considerar divertido imaginar ligações entre objetos e ações que não se coadunam.

Nesta idade gosta de disfarces, trabalhos manuais, brincadeiras motoras e atividades ao ar livre. As outras crianças passam a ser os seus companheiros de brincadeira favoritos⁵⁻⁸.

O BRINCAR EM CONTEXTO TERAPÊUTICO

Para Freud, os jogos da criança encontram-se submetidos ao princípio do prazer e opõem-se à continuidade do pensamento crítico e da realidade. Em “Para lá do Princípio do Prazer” (1920), Freud descreve a observação do neto, de 18 meses que faz repetidamente desaparecer e reaparecer um carrinho de linhas – aproximando e afastando o fio⁹. Para Freud, esta brincadeira trata-se de uma repetição ativa daquilo que o neto sofre passivamente: a partida da mãe. É graças ao prazer obtido no jogo que ele elabora o desprazer da ausência materna. Mas já anteriormente (em 1908) em “O Criador Literário e a Fantasia”, Freud fala do brincar como primeira manifestação da fantasia, precursor da atividade imaginativa⁹. Em 1909, em “Análise da Fobia de um menino de cinco anos” relata o caso do pequeno Hans: o pai de Hans (Max Graf) observava e registava os comentários do filho, apresentando-os a Freud que tentava revelar o seu sentido para que fosse transmitido a Hans¹⁰.

Freud afirmou, a propósito desse caso, que só a união pai/terapeuta garantiu o sucesso terapêutico de Hans. Em 1933, em “Novas Conferências” confessa

não se ter ocupado suficientemente da psicanálise infantil, orgulhando-se de Anna Freud o ter feito¹¹.

Hermine von Hug-Hellmuth veio divergir da ideia defendida por Freud de confluência pai/analista: argumenta que a criança não confessaria os seus desejos e pensamentos íntimos e profundos aos pais e que a sinceridade psicanalítica do filho dificilmente seria suportada pelo narcisismo dos pais. Achava que o analista de crianças não precisava explicitar os impulsos inconscientes, bastando que esses se expressassem em atos simbólicos, sem necessidade de passar pela linguagem falada. Refere que o analista toma o lugar, ao mesmo tempo, de terapeuta e educador que cura. Esta pedagogia assemelha-se ao que depois foi seguido por Anna Freud¹².

Anna Freud questionava a possibilidade da criança estabelecer uma neurose de transferência. Contestava a concepção do jogo e do brincar proposta por Melanie Klein, desde a interpretação dos dados teóricos que dele decorrem, até às indicações e idades aconselhadas para tratamento. Refere que “O jogo é um excelente meio de observação... para aprender a conhecer a criança”. Estes aspetos aparentemente divergentes irão conduzir A. Freud ao desenvolvimento do estudo dos mecanismos de defesa do Ego e à descrição das linhas de desenvolvimento, a organização na criança da capacidade de jogar^{12,13}.

Melanie Klein

Melanie Klein (1882-1960), psicanalista britânica nascida em Viena de Áustria, começa a analisar crianças em 1920. No entanto, inicialmente, os resultados por si obtidos eram apenas parciais. É então que surge com uma nova técnica: a técnica do brincar. Pôde assim, aplicar o método psicanalítico ao tratamento de crianças muito pequenas abrindo a via da psicanálise infantil.

Referiu que “a criança traduz para um modo simbólico os seus fantasmas, os seus desejos, as suas experiências vividas”.

Segundo Klein, a brincadeira é uma maneira da criança expressar o seu mundo interno e, conseqüentemente, meio de expressão das fantasias inconscientes infantis; a tarefa do analista é descobrir (ler através dos símbolos – brinquedos e do simbolismo), o material inconsciente e interpretá-lo no aqui e no agora da sessão, na expectativa de traduzir em palavras as ansiedades e fantasias da criança, tornando-as mais acessíveis ao pensamento e à expressão verbal. As interpretações são um veículo para aliviar a ansiedade da criança, modificando essa ansiedade e diminuindo o seu grau de fixação a essa fantasia inconsciente e aos objetos (pessoas) ligados a ela.

Para Klein, o jogo e o brincar estão diretamente ligados à produção onírica, estando presentes os mesmos mecanismos e métodos da representação dos sonhos. No brincar e nos sonhos (em ambos) estão presentes o simbolismo e a elaboração de fantasias inconscientes. Refere ainda, que o jogo vai permitir à criança o controlo de uma realidade que pode ser penosa porque pode por em ação os seus fantasmas de reparação e projetar para o exterior os perigos que a ameaçam. A angústia pode, assim, ser transformada em prazer. É importante passar para a criança a ideia de que o trabalho do terapeuta é tentar compreendê-la, observando como a criança reage ao que lhe é dito. O terapeuta deve refletir se é capaz de sustentar os sentimentos projetados nele, sempre numa tentativa de entender o que a criança deseja comunicar.

Klein enfatiza a importância da transferência e considera-a essencial na experiência analítica. Pela interpretação do simbolismo presente na brincadeira, tenta-se colocar por palavras, para a criança, os seus sentimentos e experiências. Klein vê aqui a possibilidade do terapeuta alcançar o inconsciente da criança. Refere que este acesso ao inconsciente é possível porque no psiquismo infantil existe uma comunicação muito próxima entre o consciente e o inconsciente, de onde resulta a possibilidade de estabelecer uma ponte entre ambos. A interpretação de fantasias inconscientes leva, então, a um efeito no psiquismo da criança: o resultado será um sentimento de prazer pelo facto da criança não ter que se esforçar mais para reprimir os conteúdos agora expostos. A contratransferência também é salientada: o terapeuta deve dedicar atenção a si próprio e aos seus sentimentos para com a relação transferencial¹⁴⁻¹⁷.

D. W. Winnicott

D. W. Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês deu um valor central ao brincar. Se Melanie Klein se interessou pelo conteúdo inconsciente da brincadeira, Winnicott pretende voltar o olhar sobre a criança que brinca, “e escrever sobre o brincar, como coisa em si” (Winnicott, 1975).

Para dar um lugar ao brincar, Winnicott postulou a existência de um “espaço potencial entre a mãe e o bebé”. A par deste espaço potencial existe uma realidade interna e uma realidade externa. O brincar recebe a localização deste espaço potencial, que não é dentro, mas também não é fora: “Brincar tem um lugar e um tempo. Não é dentro, (...) nem é fora (não-Eu), (...). Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer” (Winnicott, 1975).

Winnicott construiu uma “teoria da brincadeira” onde tenta descrever uma “sequência de relacionamentos sobre o processo de desenvolvimento”, tentando perceber o lugar do brincar:

- 1) Inicialmente, o bebê e o objeto estão fundidos. O bebê não percebe a diferença entre ele e o outro (o objeto). A visão que o bebê tem é subjetiva e a mãe tem a função de tornar concreto aquilo que o bebê vai estando pronto para encontrar.
- 2) “O objeto é repudiado, aceite de novo e objetivamente percebido”: É um processo complexo e que depende da preparação da mãe para participar e devolver o que foi abandonado. Se a mãe durante um certo tempo desempenhar este papel (satisfazendo as necessidades do bebê), o bebê vai ter uma certa sensação de onnipotência, isto é, o chamado “controle mágico”. Se a mãe desempenha bem essa tarefa, desenvolve-se um estado de confiança, que Winnicott denomina de “*playground* intermediário”, lugar onde começa a brincadeira, “um espaço potencial entre a mãe e o bebê”.
- 3) Capacidade de estar só. O estágio seguinte consiste na capacidade de estar sozinho mesmo na presença de alguém. A criança brinca na suposição de que a pessoa que ama, logo digna de confiança e que lhe dá segurança, está disponível e continuará disponível quando lembrada, mesmo depois de ter sido esquecida.
- 4) A criança está agora pronta para o estágio seguinte, onde permite uma “sobreposição de duas áreas de brincadeira”. Primeiro é a mãe que brinca com o bebê, ajustando-se às suas atividades lúdicas. “Mais cedo ou mais tarde, (...) ela introduz o seu próprio brincar (...)”. Deste modo “está preparado o caminho para um brincar conjunto num relacionamento” (Winnicott, 1975).

No contexto terapêutico, “o brincar é, por si mesmo, uma terapia.” Conseguir que as crianças brinquem é uma “psicoterapia” que tem “aplicação imediata e universal”.

Não nos devemos esquecer que “brincar é sempre passível de se tornar assustador.” E aqui Winnicott distingue o *play* de brincar do *play* de jogar (*game*), visto que em inglês a mesma palavra designa coisas diferentes. O jogo, no sentido de brincar, é espontâneo, natural e universal, ao passo que os jogos (*game*) devem ser encarados como uma tentativa de tentar manter à distância o aspeto mais assustador do brincar (através das suas regras bem organizadas e definidas).

O terapeuta está presente na brincadeira, mas idealmente não deverá ser muito interventivo e ativo nela. Quando o é, significa que a criança é incapaz de brincar “no sentido criativo” que se pretende expressar.

O brincar encontra-se numa linha ténue existente “entre o que é subjetivo e o que é objetivamente percebido”. Em contexto terapêutico, o brincar é o brincar da criança, “experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ela”.

“A criança traz para dentro dessa área da brincadeira objetos ou fenómenos oriundos da realidade externa, usando-os ao serviço de alguma amostra derivada da realidade interna (...)”

“Brincar essencialmente satisfaz.” Isto é verdade mesmo quando conduz a um elevado nível de ansiedade. Contudo, existe um grau de ansiedade insuportável, que destrói o brincar. “O elemento prazeroso no brincar traz consigo a implicação de que o despertar dos instintos não é excessivo (...). Pode dizer-se que o brincar atinge o seu próprio ponto de saturação, que se refere à capacidade de conter a experiência”.

No adulto, o brincar está intimamente ligado à criatividade e ao sentido de humor. “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo (...) pode ser criativo e utilizar a sua personalidade integral, e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o Eu (Self)” (Winnicott, 1975).

Concluindo, a teoria do brincar, desenvolvida por Winnicott, pode ser resumida em poucas palavras (tal como sugerido pelo próprio):

“A psicoterapia efetua-se na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (Winnicott, 1975)⁸.

Antonino Ferro tem vindo a fazer uma releitura dos conceitos winnicottianos e interpretado, de uma forma pessoal, as implicações clínicas das ideias de Bion¹⁸.

Fala de “interpretações insaturadas”, como “algo construído a duas vozes, fruto da relação da qual participam, de modo diferente, as duas mentes” (Ferro, 1995)¹⁹.

Mais do que uma descodificação de significados, há lugar para uma construção de sentidos. Valoriza grandemente o brincar em análise e a presença de um outro que brinque: afirma que “é somente a presença mental de alguém mais que brinque com a criança, que permite que o jogo seja plenamente transformador de angústias” (Ferro, 1995)¹⁹.

VINHETA CLÍNICA 1

A Raquel tem cinco anos de idade e frequenta o Jardim Infantil. Chega-nos referenciada pelo Jardim Infantil por estereotípias, ecolália e dificuldades na socialização.

Os pais vêm a separar-se já durante o seguimento, a mãe tem o diagnóstico de doença bipolar e nem sempre cumpre tratamento, o que já motivou internamentos em Psiquiatria. A Raquel vive atualmente com o pai e avós paternos, mantendo contacto (esporádico) com a mãe, que visita.

A Raquel mantém seguimento quinzenal na Equipa da Lapa desde há cerca de um ano e meio.

Inicialmente, e durante os primeiros meses, interessava-se pela casa lego mas de uma forma onde o imaginário estava pouco presente: empilhava todas as peças, independentemente da sua funcionalidade, construindo uma torre instável. Durante este jogo de encaixa e desencaixa procurava o meu olhar ocasionalmente. Aos poucos, foi deixando que participasse na sua brincadeira, pedindo a colaboração.

Um dia, depois de vários meses em seguimento, levou uma malinha cor-de-rosa à tiracolo onde tinha guardado dois pires, duas chávenas e um batom. Nesse dia “preparou” um chá, e no fim, antes da despedida, pintou os lábios.

Durante as sessões seguintes, interessou-se por um super-herói. Numa sessão o super-herói transformou-se em lobo mau: “Este é o lobo mau e vai magoar o boneco amarelo” – modo como designava um boneco que tinha cabelos amarelos; ”Pumba, pumba, comeu-lhe o cabelo! É mau, é muito mau”. Repete várias vezes este cenário.

Nesse dia vinha com o cabelo cortado. Era habitual a mãe cortar o cabelo à Raquel para que não apanhasse piolhos. A Raquel não gosta que lhe mexam no cabelo, nem de vestir camisolas pela cabeça. O super-herói transformado em lobo mau come também o cabelo do boneco que me tinha atribuído para que brincasse com ela. “O boneco amarelo está deitado e magoado, mas o pai vai buscá-lo ao hospital”. (Pergunto: “E a mãe?”). A Raquel responde “Ah, a mãe?... A mãe és tu...”.

A resposta final da Raquel deu-me uma sensação de desamparo, misturado com tristeza e desespero. A tarefa do brincar adquire aqui contornos difíceis. Como é que um maior entendimento dos sentimentos vividos na sessão (os da Raquel e os meus) poderá vir a ser útil para tentar entender esta dinâmica? E como é que esta questão *eu sou a mãe vs. eu faço de mãe*, me ajuda a saber colocar nesta brincadeira?

Fiquei mais a pensar nestes sentimentos de desamparo que ela me fez sentir, e no papel que ela, na realidade da brincadeira me atribuiu (sou uma mãe e também tenho um boneco). Fiquei no lugar de quem tem a expectativa de vir a descobrir esta questão de proteção/desproteção, quem protege quem, quem faz mal a quem, quem salva quem.

Embora quase que me sinta como o nome do boneco, em que a cor do cabelo invade a identidade dele. Se por vezes se imagina ser mais fácil perceber o lugar que nos é dado em cada brincadeira, há situações em que essa tarefa é mais difícil, e talvez aí seja preciso mais tempo, a fim de tentar discriminar o que é posto em jogo.

VINHETA CLÍNICA 2

O João tem 8 anos de idade e frequenta o 3º ano de escolaridade. Foi referenciado à consulta de Pedopsiquiatria na Equipa da Lapa por “perturbações da parentalidade”, heteroagressividade e birras. Há vários anos que se encontra inserido num contexto de violência doméstica entre os progenitores, que culminou numa rutura familiar conflituosa. Atualmente a residir com o pai, madrasta e irmãos: um irmão de 12 anos e uma irmã de 7 anos. Mantém visitas quinzenais à mãe, embora com recusa frequente por parte do João.

Numa das sessões quis brincar na casinha com bonecos. Nesse dia estavam presentes mais figuras que o habitual: pai, mãe, 3 filhos (dois gémeos e um bebé) e uma médica. Entrega-me a personagem de médica. “Era uma vez uma família muito, muito feliz. O galo cantou. Estavam todos felizes menos os que ainda estavam a dormir (os filhos). Pai e mãe falam entre si: “Vamos cozinhar o pequeno-almoço para estas criaturas gigantes!”, diz a mãe. “Vou lavar a loiça!”, diz o pai.

Os gémeos acordam e dizem: “Eles não sabem que estamos acordados”. “Os gémeos são traquinas”, refere o João, e continua: “Vão para a casa de banho. Os pais estão na cozinha, aos beijos... Os irmãos começam à luta na casa de banho. Os pais dizem: “Temos de ir ver o que se passa nesta casa, parece aterrorizada.” Quando os pais foram ver, os gémeos já estavam na cama. “Porque é que temos de andar sempre para trás e para a frente?”, perguntam os pais, que começam a lutar. O pai voa. “Mãe, o que fizeste outra vez ao pai?”, perguntam os filhos. Um dos filhos liga para o 112 e conta o que aconteceu: “O meu pai foi para a outra ponta do rio...Pode ir buscá-lo?”. Nesta altura avisa-me:

“Só entras quando eu mandar!”, dando-me indicações sobre o que tenho de fazer. A médica vai buscar o pai e trá-lo para casa (entretanto o João também já se apoderou da figura de médica). “Vamos pô-lo na sala. Tem de descansar, você não é uma máquina!”, diz a médica ao pai.

De seguida, a médica começa a lutar com a mãe e os filhos apercebem-se disso. “Quem é que fez isso? Foi você?”, pergunta um dos gémeos. Atiram a médica para longe. “Vai-se embora deste mundo, está praticamente morta”, comenta o João. A mãe agradece aos filhos: “Obrigada queridos, foram sempre uma alma para mim.”

O pai e a mãe começam novamente aos beijos e abraços. “O bebé chama a mãe. Foram ver o bebé.” Subitamente o pai começa a bater na mãe. “Arrancou-lhe o pescoço.” Também os filhos entram na luta e começam a bater no pai. O pai morre. “Vem uma ambulância buscar o pai, a mãe e a médica. Foram para o hospital mas nunca mais sobreviveram. Ficaram os 3 filhos sozinhos, felizes para sempre. Podem comer o que quiserem. São adotados por um pai rico e uma mãe rica.”; “Mas como eram traquinas destruíram a casa toda e o bebé ficou debaixo de toda a pedra da casa.”

Não quer explicar o que acontece ao bebé, nem falar sobre isto dos filhos ficarem sem pais...

Termina a sessão dizendo: “Já acabou o nosso tempo. Na vida real não é assim. Isto é só para mostrar que isto nunca deve acontecer.”

Na brincadeira do João, parece estar manifesta uma função terapêutica do brincar. Mas será esta uma função evacuativa ou elaborativa?

Parece fazer do outro um ouvinte da sua raiva e das suas aflições internas. No final, como que agradece ter tido um espaço de brincadeira, onde pudesse ter alguém que ouvisse. Existe um lugar para brincar, descarregar, mas sem que a raiva se volte contra ele. Pede-me para não interpretar isto como real.

Talvez o meu papel tenha sido nesta sessão, de guardadora destes sentimentos quer agressivos quer de reparação, bem como da tentativa de atribuição de papéis às figuras adultas. Talvez para que eu fique a elaborar sobre esta intensidade de afetos e de conflitos, para que mais tarde possa encontrar um espaço elaborativo com ele.

CONCLUSÃO

A revisão que nos propusemos a fazer começou por surgir da nossa necessidade de aprender mais sobre este tema. No entanto, inicialmente,

pensando que o brincar era só brincar, descobrimos um outro brincar: o brincar do pedopsiquiatra.

Há crianças que nos dão um papel mais participativo, onde pode existir espaço para interpretações, comentários, nomear de sentimentos, outras sentam-nos na posição de expectador, ouvinte, depositário das suas angústias.

Em muitas horas de brincadeira, diversos lugares nos vão sendo atribuídos. Diferentes crianças requerem presenças diferentes, até a mesma criança pode exigir presenças diferentes em cada fase da brincadeira.

Apesar das teorias apresentadas e das suas diferenças, o nosso trabalho terapêutico passa por convergir para o lugar que nos é dado por cada criança que se nos apresenta. Afinal este saber-mo-nos sentar aí, tem vindo a ser esta descoberta, de que brincar pode ser complexo e se calhar as crianças podem ter razão quando questionam “Tu não te sabes sentar aí?!”.’

“Aquilo que há em nós de criativo é infantil, ou vem da infância, é aquilo que fica vivo da infância, e a infância, por definição, é criativa porque cria a própria pessoa.”

*João dos Santos*²⁰

BIBLIOGRAFIA

- ¹Dicionário Etimológico [Internet]. (2007) [2012]. Disponível em: <http://www.dicionarioetimologico.com.br/searchController.do?hidArtigo=2F35AE7D641B6F1FCCE3C61346B0F49A>
- ²Brinquedos e Brincadeiras – A fascinante história dos brinquedos e das brincadeiras [Internet]. (2010). Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.museudosbrinquedos.org.br/modules/news1/index.php?storytopic=2>
- ³Primack, B. A., Carroll, M. V., McNamara, M., Klem, M. L., King, B., Rich, M., *et al.* (2012). Role of video games in improving health-related outcomes: A systematic review. *Am J Prev Med*, 42(6), 630-638.
- ⁴Spitz, R. A. (1998). *El Primer Año de Vida del Niño*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Obra original em Francês publicada em 1965)
- ⁵Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁶Ferland, F. (2006). *O desenvolvimento da criança no dia-a-dia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁷Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁸Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Obra original em inglês publicada em 1971)

- ⁹Freud, S. (1974). *Escritores criativos e devaneios*. Rio de Janeiro: Imago.
- ¹⁰Freud, S. (1974). *Análise da fobia de um menino de 5 anos*. Rio de Janeiro: Imago.
- ¹¹Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *Edição standard brasileira* (vol. XXII, pp. 167-192). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1932)
- ¹²Camarotti, M. C. (2010). O nascimento da psicanálise de criança – Uma história para contar. *Reverso*, 32(60), 49-54.
- ¹³Freud, A. (1971). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926).
- ¹⁴Mello, I. B. *O brincar no processo psicanalítico infantil* [Internet]. Disponível em 25/11/2012, http://www.escolafreudianajp.org/arquivos/trabalhos/O_Brincar_no_Processo_Psicanalítico_Infantil.pdf
- ¹⁵Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1932)
- ¹⁶Klein, M. (1980). *Novas tendências na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- ¹⁷Felice, E. M. (2003). O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicol Teor Prat*, 5(1), 71-79.
- ¹⁸Barros, E. M. R. (2007). Botella, Ogden, Green, Ferro, Bion – Comentário à entrevista de César Botella. *Rev Bras Psicanál*, 41(1), 33-45.
- ¹⁹Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- ²⁰Santos, J. (1995). *Se não sabe porque é que pergunta?* Lisboa: Assírio e Alvim.

ABSTRACT

Playing has an important role in child development, as well as in the psychotherapeutic context. As we began the internship of Child and Adolescent Psychiatry, many doubts arose, specially those concerning the theme of playing and the position that we had to take as therapists.

Thus, the goal of this work is to reflect about the importance of playing, regarding some clinical cases.

We briefly approach the place that playing takes in the several steps of child development. From the example of two clinical cases that are followed in Equipa da Lapa, we made a theoretical review of the work of some authors that wrote about this theme. We gave special attention to Melanie Klein and D. W. Winnicott.

Key-words: Childhood. Playing. Affective development. Child psychiatry.

EFEITOS PSIQUIÁTRICOS DOS ANTIEPILÉTICOS – REVISÃO DO TEMA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Dora Leal *

Filipa Marques **

Ana Rita Soares ***

José Carlos Ferreira ****

Pedro Cabral ****

RESUMO

É frequente a associação entre Epilepsia e manifestações psiquiátricas. O diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica ou psicogénica nem sempre é fácil, o que pode levar a repercussões importantes no tratamento.

Este artigo pretende fazer uma revisão dos efeitos psiquiátricos dos fármacos antiepiléticos a propósito de um caso clínico que ilustra a dificuldade do diagnóstico diferencial. Pretende, ainda, alertar para a importância de um bom esclarecimento etiológico para se conseguir garantir o tratamento mais adequado.

Palavras-chave: Epilepsia. Antiepiléticos. Manifestações psiquiátricas. Diagnóstico diferencial. Iatrogenia.

INTRODUÇÃO

São frequentes manifestações psiquiátricas, quer positivas quer negativas, em doentes medicados com fármacos antiepiléticos¹. Todos os antiepiléticos

* Médica interna Pedopsiquiatria, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

** Médica interna Pediatria, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

*** Pedopsiquiatra, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

**** Neurologista Pediátrico, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

podem causar manifestações psiquiátricas², no entanto a incidência destas não é clara^{1,2}. Existe alguma controvérsia na literatura em relação a quais os fármacos antiepiléticos com mais efeitos secundários psiquiátricos, dependendo muito dos fármacos em estudo e do tamanho de cada uma das amostras. Em relação aos fármacos antiepiléticos de primeira geração quase não há dados sistemáticos e o conhecimento é largamente empírico e com base em relatos de casos². Em relação à nova geração de anticonvulsivantes existem mais dados sobre os efeitos adversos psiquiátricos², no entanto parecem variar muito entre estudos.

Os efeitos psicotrópicos não são idiossincráticos, mas dependentes do tipo e dose do antiepilético, da predisposição genética e da história psiquiátrica prévia². Estudos referem que a história prévia de perturbações psiquiátricas é um preditor significativo de efeitos secundários, representando um risco 2 a 3 vezes superior¹. Os mecanismos relacionados com os efeitos adversos são a politerapia, a normalização forçada, a toxicidade farmacológica e a descontinuação².

Efeitos psiquiátricos dos antiepiléticos

Como referido anteriormente, existe alguma controvérsia na literatura sobre quais os antiepiléticos com mais manifestações psiquiátricas. As Tabelas I e II pretendem resumir os efeitos psicotrópicos, positivos e negativos, mais frequentemente relatados para cada um dos antiepiléticos.

Tabela I
Efeitos psicotrópicos positivos^{1,2,3}

Efeitos psicotrópicos positivos	
Barbitúricos	Sedativo
Benzodiazepinas	Ansiolítico, sedativo
Carbamazepina	Estabilizador de humor, controlo de impulsos
Etosuximida	Sem efeito conhecido
Felbamato	Estimulante
Fenitoína	Sem efeito conhecido
Gabapentina	Ansiolítico, antidepressivo
Lamotrigina	Antidepressivo
Levetiracetam	Sem efeito conhecido
Tiagabina	Sem efeito conhecido
Topiramato	Controlo de impulsos
Valproato	Estabilizador de humor, controlo de impulsos
Vigabatrina	Sem efeito conhecido
Zonisamida	Sem efeito conhecido

Tabela II
Efeitos psicotr3picos negativos^{1,2,3}

Efeitos psicotr3picos negativos	
Barbit3ricos	Agressividade, depress3o, perturba3o de hiperatividade e d3fice de aten3o (PHDA), s3ndrome de priva3o
Benzodiazepinas	Desinibi3o
Carbamazepina	Depress3o, ansiedade
Etosuximida	Ins3nia, psicose at3pica
Felbamato	Agita3o, poss3vel psicose
Fenito3na	T3xica: psicose esquizofreniforme
Gabapentina	Agressividade (raro)
Lamotrigina	Ins3nia, psicose (raro)
Levetiracetam	Irritabilidade, depress3o, perturba3es de comportamento, ansiedade, psicose
Tiagabina	Depress3o
Topiramato	Depress3o, irritabilidade, psicose (raro)
Valproato	Sem efeito conhecido
Vigabatrina	Agressividade, depress3o, PHDA, psicose at3pica, s3ndrome de priva3o
Zonisamida	Depress3o, irritabilidade, ansiedade, psicose

Na cl3nica psiqui3trica s3o muitas vezes usados f3rmacos antiepil3ticos, n3o para controlo da epilepsia, mas com o objetivo de conseguir os seus efeitos positivos. Dentro destes, os f3rmacos mais usados s3o as Benzodiazepinas, o Valproato, a Lamotrigina, a Carbamazepina, o Topiramato e a Gabapentina. As Benzodiazepinas e a Gabapentina s3o utilizadas devido 3 sua a3o sedativa e ansiol3tica². O Valproato e a Carbamazepina devido 3 a3o como estabilizador do humor e a Lamotrigina devido 3 sua a3o antidepressiva². O Topiramato, a Carbamazepina e o Valproato t3m s3o usados devido ao seu efeito contentor de impulsos².

Em geral, est3o descritas mais manifesta3es psiqui3tricas relacionadas com o Levetiracetam e a Tiagabina, apesar da 3ltima ser usada com menos frequ3ncia¹. O Topiramato e a Zonisamida ocupam uma posi3o interm3dia, apesar da 3ltima t3m s3o usada com menor frequ3ncia em Portugal¹. A Zonisamida 3, no entanto, o antiepil3tico que parece estar mais associado a psicose³. Existe alguma controv3rsia no que respeita 3 Vigabatrina. Nos estudos com amostras maiores encontrou-se associa3o da Vigabatrina com altera3es de comportamento, incluindo agita3o, agressividade e psicose, e sintomas depressivos^{4,5}, no entanto, estudos randomizados n3o encontraram

consistência neste aspecto⁶. A Fenitoína em doses tóxicas está associada a psicoses esquizofreniformes².

Efeitos psicóticos dos antiepiléticos

A incidência de psicose em pacientes com epilepsia é 2 a 3 vezes superior à incidência de psicose da população em geral³.

A literatura sugere uma etiologia multifatorial para a associação entre epilepsia e psicose^{3,7}. Para além do papel da hereditariedade, os estudos também destacam a associação entre psicose e baixo nível cognitivo. Também é apontada a influência do tipo e da natureza das crises, destacando-se maior incidência de psicose em doentes com epilepsia do lobo Temporal. Existem estudos que apontam para manifestações psiquiátricas secundárias ao uso de antiepiléticos, havendo inclusivamente alguns relatos de efeitos psicóticos em doentes sem epilepsia que estavam medicados com estes fármacos^{3,7}.

Existe alguma controvérsia sobre o impacto dos fármacos antiepiléticos na génese da psicose. Em geral, as manifestações psicóticas parecem estar não só relacionadas com o tipo e dose dos antiepiléticos, mas principalmente com a iniciação, aumento da dose ou descontinuação desses fármacos^{3,7}.

Algumas revisões apontam para o facto de alguns antiepiléticos específicos como a Zonisamida, Levetiracetam, Fenitoína, Vigabatrina e Topiramato, estarem mais associados a manifestações psicóticas, enquanto outros antiepiléticos como a Gabapentina e a Lamotrigina aparentarem apresentar um efeito protetor em relação a estes efeitos³.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 14 anos internada no Serviço de Pediatria do Hospital para diagnóstico diferencial entre crises epiléticas e pseudocrises.

Dos antecedentes pessoais destacavam-se restrição do crescimento intra-uterino e nascimento prematuro às 36 semanas. Teve desenvolvimento psicomotor adequado até aos 7 anos de idade, altura em que iniciou Epilepsia.

As crises epiléticas eram de 3 tipos: Sensação estranha e pedido de água (origem na amígdala), alucinações auditivas de uma música sentida como agradável (origem temporal direita) e crises mais exuberantes com versão cefálica da cabeça para a esquerda e postura tónica do membro superior esquerdo (origem frontal direita). Ao longo dos últimos anos fez vários esquemas de

antiepiléticos, dieta cetogénica e cirurgia de epilepsia (polectomia temporal e amigdaló-hipocampectomia direita), com melhoria parcial, mantendo contudo uma Epilepsia refratária. Atualmente estava medicada com Carbamazepina 45 mg/Kg/dia, Lamotrigina 8 mg/Kg/dia e Pregabalina 8 mg/Kg/dia.

Apresentava, ainda, um défice cognitivo ligeiro (WISC III: 75-80), com dificuldades na capacidade matemática e perceptiva, diminuição da memória visual e atenção. Frequentava o 8º ano, com currículo adaptado.

Um ano antes tinha iniciado seguimento regular em Pedopsiquiatria por quadro de ansiedade. Apresentou melhoria após consultas terapêuticas individuais e familiares, sem necessidade de psicofarmacologia adjuvante.

Dos antecedentes familiares destacavam-se inserção em família nuclear, sem irmãos. Mãe de 45 anos saudável, pai de 46 anos com linfoma há 12 anos e avô paterno já falecido com Perturbação Esquizoafetiva.

No dia do internamento iniciou, de forma súbita, má disposição à qual se associaram movimentos de abertura e fecho dos braços e dos membros inferiores, diferentes do habitual, alternados com períodos de ausência de movimentos. Foi-lhe administrado Diazepam rectal 10 mg cessando os movimentos, mas ficando com olhar fixo para a direita e a gritar.

Recorreu ao serviço de urgência por manutenção do quadro acima descrito, intercalado com períodos de choro, gritos, ausência de resposta a ordens simples e permanente olhar fixo para a direita. Apresentava exame neurológico sem alterações, movimentos dirigidos e reação à dor.

Após respirar para invólucro fechado, de modo a corrigir a hipocapnia causada pela hiperventilação, e ter feito Diazepam endovenoso 10 mg, respondeu a ordens e à voz, com discurso adequado. Manteve crises semelhantes à descrita anteriormente, apesar da impregnação com Levetiracetam e Fenitoína, pelo que foi internada para esclarecimento etiológico.

Foi observada por Pedopsiquiatria, por suspeita de quadro conversivo. Era claro humor eufímico, atitude extremamente pueril e apelativa e ausência de alteração da percepção. Destacavam-se, ainda, antecedentes de forte componente ansioso, bem como relação com os pais de grande dependência, com alguns contornos fusionais com a mãe.

Durante o internamento manteve múltiplas crises semelhantes às descritas com necessidade de associar terapêutica anticonvulsivante: Fenitoína 200+200 mg e Levetiracetam 500+500 mg.

No 4º dia de internamento surgiram alterações da percepção: “Tenho um rato na barriga que me diz para não gostar da mãe” (sic), “Parece que o pai não é o pai mas sim um irmão gémeo do pai” (sic), “A minha consciência diz-me que estou sozinha, que o resto das pessoas não estão aqui, é melhor calar-me porque

ainda digo algum disparate” (sic), “A minha consciência parece que me diz que todos são maus e que devia ficar sozinha” (sic) e alterações do comportamento: agitação motora e hétero e autoagressividade, que lhe causavam grande angústia. Por este motivo iniciou titulação crescente com neurolépticos atingindo doses de 10 + 10 mg de Olanzapina, 100 + 100 + 100 mg de Clorpromazina e de 25 mg de Levomepromazina, e Haloperidol em SOS.

No 10º dia de internamento ao exame objetivo estava sonolenta, com discurso arrastado e hipofônico, dificilmente compreensível. Apresentava, ainda, nistagmo exuberante, estrabismo convergente com diplopia, sem outros sinais neurológicos focais. Sendo sinais compatíveis com intoxicação medicamentosa, reduziu-se gradualmente a Fenitoína e os neurolépticos. Foi feita a substituição destes por Risperidona uma vez que os anteriores parecem ter menor limiar epileptogénico.

Teve alta ao 18º dia sem episódios de convulsão, com melhoria das alterações do discurso e do comportamento. Manteve ainda nistagmo e diplopia e ocasionalmente discurso repetitivo sobre maus pensamentos, que reverteram cerca de uma semana após a alta. Foi referenciada aos médicos assistentes após tranquilização e explicação da etiologia psicogénica das novas crises. Ficou medicada com a medicação habitual, Risperidona 2 mg ao pequeno-almoço e jantar e Fenitoína 150 mg ao pequeno-almoço e jantar (ambas em doses decrescentes) e com Biperideno em SOS.

DISCUSSÃO

Este caso clínico ilustra a importância e a complexidade do diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica e psicogénica.

O quadro iniciou-se com sintomatologia somática e, dado os fortes antecedentes pessoais da adolescente, foi interpretado e tratado inicialmente como uma doença orgânica. No entanto, a evolução e melhor caracterização do quadro permitiram concluir que estas novas crises apresentavam uma etiologia psicogénica.

Este artigo pretende refletir essencialmente sobre o segundo quadro clínico, ou seja, sobre a etiologia das alterações da perceção e do comportamento que se iniciaram no 4º dia de internamento.

As alterações da perceção e do comportamento apresentadas podem ser enquadradas dentro de quadros psiquiátricos como o Episódio Dissociativo ou Episódio Psicótico⁸.

A Perturbação Dissociativa é caracterizada pela disfunção das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção⁸. Estas estão muitas vezes associadas a Perturbação de Conversão, Perturbação do Humor e Perturbação de Ansiedade⁸. Verbalizações como “A minha consciência diz-me que estou sozinha, que o resto das pessoas não estão aqui...” ou como “A minha consciência parece que me diz que todos são maus e que devia ficar sozinha”, podem ser integradas dentro desta perturbação, uma vez que existe uma sensação de desprendimento dos processos mentais, acompanhada por um teste da realidade intacto⁸. Verbalizações como “Tenho um rato na barriga que me diz para não gostar da mãe” parecem ser mais a favor de uma Perturbação Psicótica, caracterizada por ideias delirantes ou alucinações, na ausência de crítica sobre a sua natureza patológica⁸.

Verbalizações como “Parece que o pai não é o pai, mas um irmão gémeo do pai” podem ser enquadradas no Síndrome de Capgras, caracterizado por um quadro delirante consistente na crença de que uma pessoa, geralmente próxima e afetivamente significativa para o paciente, foi substituída por um duplo que se considera um impostor⁹.

O Síndrome de Capgras está descrito tanto em perturbações psiquiátricas como orgânicas. Dentro dos quadros psiquiátricos, é habitual encontrar este delírio na esquizofrenia paranóide, assim como em depressões psicóticas, perturbações delirantes, perturbações esquizoafetivas ou perturbações bipolares. Em relação às condições orgânicas que cursam com clínica de delírio de Capgras, esta pode aparecer em vários tipos de demências, lesões cerebrais, epilepsia, quadros de alcoolismo crónico ou encefalite⁹.

Com a evolução do caso e com o início de sinais neurológicos focais, nomeadamente nistagmo e diplopia, tornou-se cada vez mais importante considerar uma etiologia orgânica, e como tal à exclusão dos dois diagnósticos anteriores, uma vez que estes não podem ser melhor explicados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou por um estado físico geral⁸.

Dentro da etiologia orgânica, e tendo em consideração o quadro e os antecedentes pessoais da jovem, pode-se considerar a hipótese destes sintomas fazerem parte de uma Crise Epilética ou serem efeitos iatrogénicos da medicação.

Estão descritas psicoses episódicas que se acompanham de perda de consciência e alterações no eletroencefalograma (EEG), relacionadas com alterações no lobo temporal, nomeadamente no lobo temporal esquerdo¹⁰. Neste caso clínico, parece-nos que esta hipótese de diagnóstico deveria ser excluída uma vez que as alterações da percepção e do comportamento não são concomitantes com alterações no EEG.

Como vimos anteriormente, são frequentes manifestações psiquiátricas em doentes medicados com fármacos antiepiléticos¹. Os efeitos psicotrópicos não são idiossincráticos, mas dependentes do tipo e dose do antiepilético, da predisposição genética e da história psiquiátrica prévia². Os mecanismos relacionados com os efeitos adversos psiquiátricos são a politerapia, a normalização forçada, a toxicidade farmacológica e a descontinuação². Existe ainda uma associação entre efeitos psicóticos dos antiepiléticos e baixo nível cognitivo^{3,7}. Algumas revisões apontam para o facto de alguns antiepiléticos específicos como a Zonisamida, Levetiracetam, Fenitoína, Vigabatrina e Topiramato, estarem mais associados a manifestações psicóticas³.

O Levetiracetam é um novo antiepilético, com um perfil farmacocinético favorável, seguro e eficaz nas crises parciais complexas, tónico-clónicas generalizadas e mioclónicas¹¹. No entanto, alguns estudos apontam para a existência de efeitos adversos psiquiátricos em 13,5 a 16% dos casos, dentre os quais perturbações do comportamento (2%) e psicose (menos de 1 a 1,4%)¹². Os efeitos psicóticos do Levetiracetam são mais frequentes em doentes com história prévia de estado de mal epilético, história psiquiátrica prévia, adição do fármaco e titulação rápida¹². Em casos relatados noutros artigos, os sintomas psicóticos resolveram com a descontinuação do Levetiracetam, sem necessidade de terapêutica anti psicótica¹².

A Fenitoína é utilizada para o tratamento de crises parciais, crises tónico-clónicas generalizadas resistentes e estado de mal epilético, no entanto não é primeira linha devido aos seus efeitos secundários e à dificuldade em ajustar a dose devido à grande variabilidade individual no metabolismo da Fenitoína¹³. A Fenitoína está associada a efeitos psiquiátricos, nomeadamente a psicose esquizofreniforme quando o nível sérico é superior a 35 mg/l^{3,14}. Entre os sinais de intoxicação leve por Fenitoína (20 a 40 mg/l) destacam-se náuseas, visão turva, diplopia, ataxia, tremor, letargia, vômitos, dificuldade em falar, nistagmo, confusão e alucinações ou comportamento psicótico¹³. Em casos relatados noutros artigos, os sintomas psicóticos resolveram com a descontinuação da Fenitoína, sem necessidade de terapêutica anti psicótica¹⁴.

Neste caso clínico, a adolescente apresentava vários fatores de risco, nomeadamente avô com Perturbação esquizoafetiva, história psiquiátrica prévia e baixo nível cognitivo. Estavam também presentes vários fatores relacionados com os fármacos antiepiléticos, nomeadamente a introdução e titulação rápida de Levetiracetam e de Fenitoína, bem como o atingimento de níveis tóxicos de Fenitoína.

Após esta reflexão e considerando a melhoria do quadro após descontinuação do Levetiracetam e da Fenitoína, parece-nos que o diagnóstico etiológico

definitivo para as alterações da percepção e do pensamento apresentadas se prende com a iatrogenia destes fármacos antiepiléticos.

CONCLUSÃO

É frequente a associação entre Epilepsia e manifestações psiquiátricas.

O diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica ou psicogénica nem sempre é fácil, o que pode ter repercussões importantes no tratamento.

Este caso clínico iniciou com um quadro de novas crises em doente com epilepsia refratária conhecida, que foram inicialmente interpretadas como de origem epilética e medicadas com antiepiléticos, mas tornando-se clara a seguir a etiologia psicogénica das mesmas. O quadro cursou com alterações da percepção e do comportamento, inicialmente interpretadas como de etiologia psiquiátrica e medicadas com neurolépticos, mas no final sendo a sua origem iatrogénica, nomeadamente pelos antiepiléticos utilizados.

Este caso clínico ilustra assim a dificuldade do diagnóstico diferencial e pretende alertar para a importância de um bom esclarecimento etiológico.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Weintraub, D., Buchsbaum, R., Resor, S., & Hirsch, L. (2007). Psychiatric and behavioral side effects of the newer antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 10*, 105-110.
- ² Schmitz, B. (1999). Psychiatric syndromes related to antiepileptic drugs. *Epilepsia, 40*(Suppl. 10), S65-S70.
- ³ Noguchi, T., Fukatsu, N., Kato, H., Oshima, T., & Kanemoto, K. (2012). Impact of antiepileptic drugs on genesis of psychosis. *Epilepsy & Behavior, 23*, 462-465.
- ⁴ Sander, J., Hart, Y., Trimble, M., & Shorvon, S. (1991). Vigabatrin and psychosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 54*, 435-439.
- ⁵ Ring, H., Crellin, R., Kirker, S., & Reynolds, E. (1993). Vigabatrin and depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 56*, 925-928.
- ⁶ French, J. (1999). Vigabatrin. *Epilepsia, 40*(Suppl. 5), S11-S16.
- ⁷ Matsuura, M. (1999). Epileptic psychoses and anticonvulsant drug treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 67*, 231-233.

- ⁸ American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto, pp. 297-343, 519-533, Almeida, J., Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Original publicado em 2000)
- ⁹ Gúrpide, A., & Rodríguez, R. (2010). Delirio de Capgras: Una revisión de las teorías etiológicas. *Rev Neurol*, 50(7), 420-430.
- ¹⁰ Oroquieta, J. (2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Rev Neurol*, 34(9), 856-860.
- ¹¹ Aggarwal, A., Sharma, D., Sharma, R., & Kumar, R. (2011). Probable psychosis associated with levetiracetam: A case report. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23, E19-E20.
- ¹² Kaur, R. (2010). Nonepileptic hallucinations with use of levetiracetam. *Journal of Mental Health & Human Behavior*, 15(1), 65-66.
- ¹³ Aldaz, A., Ferriols, R., Aumente, D., Calvo, M., Farre, M., García, B., et al. (2011). Monitorización farmacocinética de antiepilépticos. *Farm Hosp*, 35(6), 326-339.
- ¹⁴ Gatzonis, S., Angelopoulos, E., Sarigiannis, P., Mantouvalos, V., Ploumbidis, D., & Siafakas, A. (2003). Acute psychosis due to treatment with phenytoin in a nonepileptic patient. *Epilepsy & Behavior*, 4, 771-772.

ABSTRACT

It is common to make an association between epilepsy and psychiatric manifestations. The differential diagnosis between organic or psychogenic etiology is not always easy, which may have major repercussions in the treatment.

This article pretends to review the psychiatric effects of anticonvulsive drugs related to a case which illustrated the difficulty of differential diagnosis. It also intends to draw attention to the importance of a good etiologic assessment in order to provide the best and most suitable treatment available.

Key-words: Antiepileptic drugs. Psychiatric side effects. Differential diagnosis. Iatrogenic.

DIAGNÓSTICO DE PERTURBAÇÕES DO ESPETRO DO AUTISMO EM IDADE ESCOLAR

Maria do Carmo Santos *

Cristina Tavares **

Inês Guerra Aguiar **

Teresa Correia ***

RESUMO

Objetivos: Conhecer os sintomas e problemas apresentados pelas crianças da consulta das autoras, que receberam o diagnóstico pela primeira vez de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), em idade escolar, sem que houvesse uma suspeição prévia desse diagnóstico, entre 2009-2011. Dado que o diagnóstico de PEA foi tardio, pretende-se contribuir para o aperfeiçoar do seu reconhecimento e capacidade diagnóstica pelos profissionais de saúde.

Métodos: A amostra é constituída por crianças com PEA de idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos, à data da primeira consulta, e foram analisados os motivos de consulta, problemas associados, origem das preocupações, bem como os sinais autísticos mais precoces que poderiam ter sido valorizados. Foram também recolhidos dados acerca dos subtipos de PEA, instrumentos de diagnóstico utilizados, nível cognitivo, intervenções realizadas e evolução clínica.

Resultados: Foram estudadas 29 crianças com PEA, em que as dificuldades de aprendizagem e de cooperação escolar, os problemas na socialização e na atenção, são os motivos mais frequentes para a vinda à consulta. Secundariamente surgem outros problemas que resultam das características das PEA. A escola e a família foram os intervenientes principais para a vinda à consulta. Verificou-se também que a maioria das crianças (83%) já tinha sido sujeita a avaliações médicas especializadas ou intervenções terapêuticas e que em 59% eram claros os sinais precoces de perturbação do desenvolvimento.

* Assistente Graduada de Pedopsiquiatria, Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto.

** Interna de Pedopsiquiatria, Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto.

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

Conclusões: É necessária uma maior capacidade de identificação e orientação para diagnóstico de crianças com PEA, já que um diagnóstico tardio pode afetar o seu ajustamento escolar, social e familiar.

Palavras-chave: Perturbações do Espectro do Autismo. Perturbação Asperger. Crianças em idade escolar. Diagnóstico tardio.

INTRODUÇÃO

As perturbações do espectro do autismo (PEA) são atualmente consideradas como uma patologia não rara, estimando-se a sua prevalência na população em 1%¹⁻⁴.

Os sintomas, em intensidade e numa combinação variável, apresentam-se num grau de continuidade, dando expressão aos diferentes quadros, que a investigação e as próximas classificações irão refletir na denominação comum de PEA. Na recente edição do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*), as PEA são classificadas em 3 níveis de gravidade, conforme o nível de ajuda necessária para fazer face às dificuldades no funcionamento⁵.

Devido ao grau de continuidade na intensidade dos sintomas, em que alguns são subclínicos e/ou atípicos e também à maior abrangência de critérios dos quadros de PEA, comparativamente aos critérios criados para as Perturbações Globais do Desenvolvimento no DSM-III em 1980, sabe-se que muitos casos não são diagnosticados ou são-no de forma tardia. É o que acontece com a Perturbação de Asperger (PA), em que o diagnóstico não é feito, em média, antes dos 6 anos, ou com a Perturbação Invasiva do Desenvolvimento – Sem Outra Especificação (PID-SOE)/Autismo Atípico (AA), cuja estabilidade diagnóstica tem sido posta em causa, bem como os seus critérios vagos e mal definidos e características clínicas heterogéneas⁶⁻⁹. Devido a este aspeto, há autores a defender que seria de maior relevância o diagnóstico de PEA ou não-PEA em crianças pequenas, do que o esforço para distinguir os subtipos¹⁰. Por outro lado, há autores que sugerem que os comportamentos estereotipados e interesses restritos surgem mais tardiamente no desenvolvimento, pelos 4-5 anos, o que pode também contribuir para o atraso no diagnóstico¹¹⁻¹².

Há trabalhos que demonstram o atraso no diagnóstico de autismo e de Síndrome de Asperger (este acima dos 20 anos de idade), reconhecendo-se que há maior probabilidade de isso acontecer quando existe menor prejuízo

cognitivo e linguístico, e portanto em crianças com elevado funcionamento¹²⁻¹⁴. No trabalho de Russell e cols.¹⁵ verificou-se que muitas crianças não diagnosticadas têm problemas comportamentais e traços autísticos do mesmo tipo que as crianças que recebem o diagnóstico clínico de PEA; mais de 50% dessas crianças não recebem qualquer apoio extra-escolar ou de serviços de saúde. No estudo de Baron-Cohen³ estimava-se que a proporção entre crianças afetadas com diagnóstico e as que não tinham diagnóstico era de 3:2, na faixa etária dos 5-9 anos e que frequentavam o ensino regular. Por vezes os próprios profissionais receiam as reações dos pais quando lhes é dito que o filho tem autismo¹⁶⁻¹⁷, ou as consequências negativas para a criança de um rótulo e preferem aguardar com a expectativa de que os sintomas revertam¹⁸.

Outros fatores que influenciam o estabelecimento do diagnóstico serão os meios utilizados (escalas estandardizadas, entrevista parental, observação direta), o treino e experiência do profissional, o acesso a especialistas e as suas preferências conceptuais; há ainda também que considerar o tempo que as novas categorias diagnósticas (como o SA, em 1994 no DSM-IV, e os critérios da PID-SOE em 2000 no DSM-IV-R) demoram a ser utilizadas^{9,19}.

Sabe-se ainda que as famílias em que existe um maior nível de escolaridade parental e a situação socioeconómica é mais elevada, têm uma maior probabilidade de obter um diagnóstico mais precoce²⁰⁻²².

Deste modo, apesar de ser consensual que os pais reconhecem problemas no desenvolvimento dos filhos nos dois primeiros anos, existe uma proporção importante de crianças que não recebem o diagnóstico até idades muito tardias, com conseqüente atraso na intervenção.

O atraso no diagnóstico impede que as crianças recebam o tratamento e uma intervenção precoce, bem como o apoio educativo mais apropriado. Por outro lado, os pais ao não compreenderem os problemas dos filhos, têm maior dificuldade em desenvolver estratégias para lidar com os problemas e sentem maior stress; as crianças por sua vez estão em maior risco de sofrer depressão, rejeição pelos pais e um tratamento mais rígido pelos professores^{13,23}.

A existência no Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto de uma unidade que recebe crianças em idade escolar (6-12 anos), tornou-se uma oportunidade de estudar casos na Consulta Externa das autoras, em que não havendo uma suspeita prévia, se fez o diagnóstico de PEA. Procurou-se então compreender e analisar as suas características e problemas associados.

MÉTODOS

O objetivo do trabalho foi o de estudar as características de crianças que receberam o diagnóstico pela primeira vez de PEA, em idade escolar, sem que houvesse essa hipótese prévia de diagnóstico. Foram analisados os processos clínicos da consulta externa das autoras de crianças que tiveram uma primeira consulta entre 2009-2011 e que receberam o diagnóstico de PEA. Excluíram-se os casos em que existia uma suspeita de uma PEA e o objetivo da consulta era para confirmação diagnóstica. Foram analisados os motivos de consulta, problemas associados, a origem das preocupações e os sinais/problemas prévios que poderiam ter sido valorizados. Apresentam-se ainda outras características da amostra, como a caracterização do subtipo de PEA, os instrumentos de diagnóstico utilizados, nível do funcionamento cognitivo, a intervenção realizada e os resultados obtidos segundo a avaliação clínica. A análise estatística foi efetuada recorrendo ao *SPSS Statistics 17.0*.

RESULTADOS

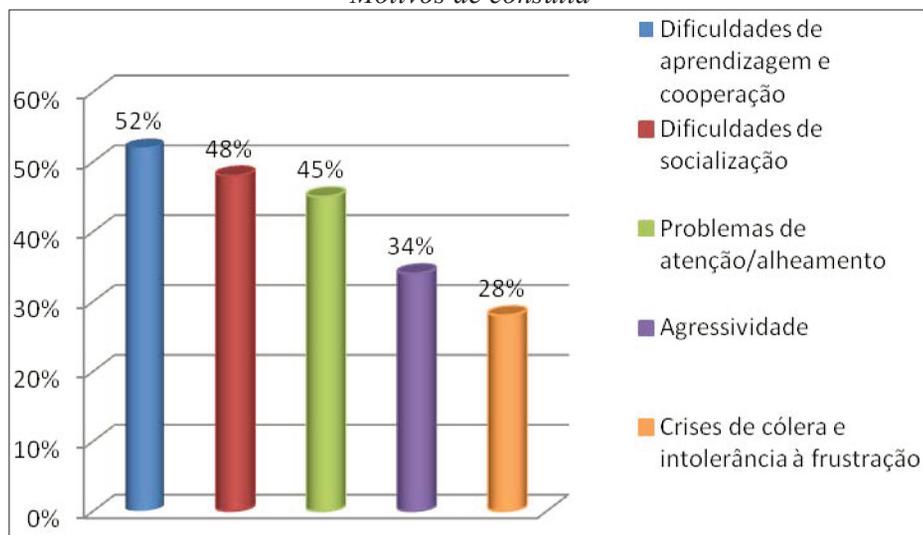
A seleção do arquivo clínico resultou numa amostra de 29 crianças (26 rapazes, 3 raparigas), de idades compreendidas entre os 5-12 anos, à data da 1ª consulta, com moda de 7 anos (8 casos).

Na Figura 1 estão apresentados os principais motivos de consulta: dificuldades de aprendizagem e cooperação, desde desfasamento no ritmo académico, até não retirar os livros e cadernos da pasta ou recusar realizar as fichas de avaliação; dificuldades na socialização, como isolamento dos colegas, ou relações marcadas pelo conflito; problemas de atenção e alheamento, como a criança encontrar-se frequentemente absorta nos seus pensamentos; os problemas de agressividade, incluindo auto e heteroagressividade, bem como crises de cólera, por vezes difíceis de compreender e de interromper e ainda reações de intolerância à frustração.

Como principais problemas associados, são referidos na maior parte da amostra (72%), os problemas relacionados com interesses restritos e comportamentos repetitivos e estereotipados (avaliados pelos pais como intensos, difíceis de interromper ou incomuns). Estes, as dificuldades de socialização, e as alterações da comunicação e linguagem, características nucleares das PEA estão bem patentes na amostra, apesar de não serem os principais motivos de consulta. As alterações sensoriais (hipersensibilidade aos

ruídos, seletividade alimentar e dificuldade em regular o calor e o frio) também surgem como um dos principais problemas associados.

FIGURA 1
Motivos de consulta



Quanto à pessoa de quem partiu a iniciativa da consulta, verifica-se que a escola foi a principal entidade de onde partiram as preocupações, sendo imediatamente seguida pelos pais (Quadro I). O médico de medicina geral e familiar e outros técnicos como psicólogo privado, pedopsiquiatra ou pediatra, também estão envolvidos na orientação para a consulta.

QUADRO I
Origem das preocupações

	Frequência	%
Escola	11	38
Pais	6	21
Pais e outro	5	17
Médico de Família	3	10
Outro técnico	4	14
TOTAL	29	100

Relativamente aos antecedentes, uma grande maioria (83%) das crianças já tinha tido avaliações ou intervenções anteriores à consulta. Tinham sido observadas em consultas de Pediatria do Desenvolvimento, Neuropediatria ou de Pedopsiquiatria e várias crianças tinham tido ou ainda mantinham acompanhamento em psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade ou em unidades de intervenção precoce. Algumas estavam sob farmacoterapia. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor ($n=26$) em 17% existia atraso da marcha e em 21 % atraso da linguagem.

Sintomas prévios de PEA eram evidentes em 59% dos casos (17 crianças). No Quadro II enumeram-se alguns dos sintomas confirmados.

QUADRO II

Sintomas prévios de PEA

-
- Reações de ansiedade desajustadas à situação (bater da chuva nos vidros);
 - Isolamento das outras crianças;
 - Ausência/pobreza de jogo de imitação ou simbólico;
 - Jogo repetitivo: alinhamento dos brinquedos (molas de roupa);
 - Hiperlexia aos 2 anos;
 - Regressão de competências de comunicação verbal já adquiridas;
 - Interesses pouco vulgares e intensos (decorar publicidade, dinossauros);
 - Estereotipias motoras (abanar as mãos);
 - Heteroagressividade;
 - Intolerância à frustração; perturbações do sono, agitação, bebés irritáveis.
-

Os critérios de diagnóstico utilizados basearam-se nos critérios clínicos do DSM-IV-TR. Em 18 (62%) crianças foram usados adicionalmente instrumentos para PEA: *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R), *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), *Childhood Asperger Syndrome Test* (CAST), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), *Autism Spectrum Screening Questionnaire* (ASSQ) e *Australian Scale for Asperger’s Syndrome* (ASAS). Nas Figuras 2 e 3 e no Quadro III exemplificam-se algumas anomalias características, com expressão nesta faixa etária.

Quanto ao grau de funcionamento das crianças avaliadas através da WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição, existiam dados acerca de 23 crianças:

- Elevado (≥ 85): 11 (38%)
- Médio (71-84): 9 (31%)
- Baixo (≤ 70): 3 (10%)

FIGURA 2

Desenho de criança com interesse em torneiras, canos e cifões

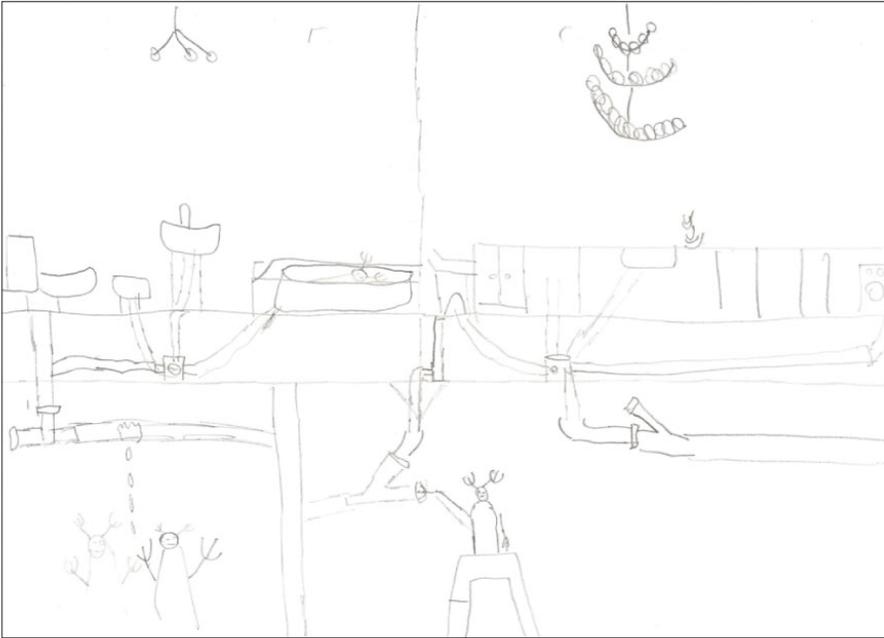
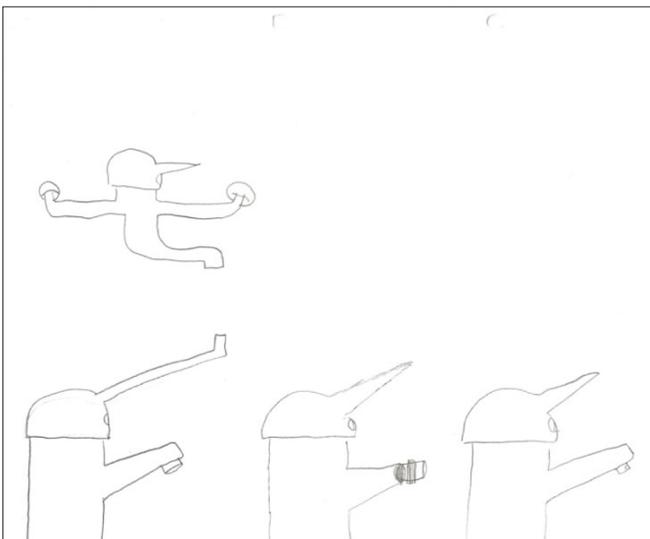


FIGURA 3

Desenho da mesma criança



QUADRO III

Exemplos de anomalias das PEA

Anomalias qualitativas da comunicação verbal (*Linguagem peculiar*)

- “*Tem os olhos a suar*” (comentário que faz quando vê a mãe a chorar, a propósito da morte do pai)
 - “*Ontem deitei-me às 22 h 8 m*”
 - A criança faz uma frase em que utiliza o pronome pessoal “nós” e para esclarecer a quem se refere, pergunta-se-lhe: - “*Quem são o nós?*” R - “*Há dois nós: um com z e outro com s.*”
 - “*Comer é como o bowling: 1 sopa,
2 pratos,
3 sobremesas*”
-

Anomalias na interação social

- “*Fica muito conectado; não vive neste mundo; vive na fantasia, não faz um diálogo conosco*”;
 - “*Diz o que pensa, mesmo que não seja propriamente simpático, era capaz de dizer a alguém que é gordo ou careca*”;
 - “*Ele falava de assuntos aos colegas que não os interessava, e portanto abandonavam-no*”.
-

Comportamentos e interesses restritos, intensos e estereotipados

- Jaguares (animal), dinossauros, torneiras e tubos de canalização, linhas de metro e autocarros;
 - “*Tem um brincar... parece que fica hipnotizado!*”;
 - “*São como uma paixão*”, “*um entusiasmo quase eufórico*” (acerca dos interesses);
 - “*Ele suga a informação (...) é curioso, estudioso (...), é um apaixonado pela vida animal e biológica; dedica-se até à exaustão*”;
 - No 1º dia de escola do R: “*Teve uma birra que não acabava porque na reunião de apresentação queria a mochila de um menino que tinha o Homem-Aranha (HA); tem uma fixação pelo HA, todas as coisas têm que ser do HA, os cadernos, a roupa, a lancheira, etc., sempre que pode, e mesmo a despropósito, fala no HA, mesmo a meio da aula*”;
 - “*Se vê certas notícias, fica a pensar e faz perguntas; se uma criança ficou esmagada, quer saber o que saiu primeiro, se o estômago ou os pulmões...*”;
 - “*Tem interesses por coisas mórbidas... crimes, mortos*”.
-

Relativamente à caracterização dos subtipos de PEA, ela foi realizada em cerca de 2/3 da amostra (Quadro IV), com destaque para a Perturbação de Asperger. Dentro do grupo das PEA poderão estar casos de PA e PID-SOE/AA que não foram identificados.

QUADRO IV

Subtipos de PEA

	Frequência	%
Perturbação Autística	2	6,9
PID-SOE (Autismo Atípico)	2	6,9
Perturbação de Asperger	14	48,3
Perturbação do Espectro do Autismo	11	37,9
TOTAL	29	100

A intervenção realizada compreendeu o suporte aos pais, a abordagem escolar, a farmacoterapia e orientação para terapia da fala, terapia ocupacional ou integração sensorial. A medicação mais utilizada foi a risperidona e em alguns casos o metilfenidato ou ambos.

Em 78% dos casos houve uma evolução positiva, segundo a avaliação clínica da criança, relatórios escolares e informação dos pais: maior controlo dos sintomas, melhor adaptação ao contexto escolar e redução do *stress* parental, ou uma combinação destes fatores.

DISCUSSÃO

Este trabalho identifica um grupo de crianças com probabilidade de receber um diagnóstico de PEA mais tardio: aquelas em que existe uma menor incapacidade cognitiva e linguística, o que está de acordo com literatura¹²⁻¹³.

A escola sinaliza a maior parte dos casos, correspondendo os principais motivos de consulta aos problemas com maior impacto e de mais difícil gestão no ambiente escolar: as dificuldades de aprendizagem e cooperação, as dificuldades de socialização, os problemas da atenção/alheamento e a agressividade. Estes afetam negativamente a aquisição de novas aprendizagens, a integração das já adquiridas e o relacionamento com pares e professores²⁴. Para estes problemas contribuem os défices qualitativos da comunicação e socialização e as características cognitivas destas crianças: pensamento rígido, concreto e dicotómico²⁵; os interesses restritos e peculiares, que frequentemente interferem com o interesse e atenção pelas matérias académicas; a dificuldade em compreender os sentimentos dos outros e em estabelecer relações com reciprocidade afetiva, o que faz com que ou se isolem ou se tornem socialmente inadequadas. Embora os pais também estejam envolvidos no pedido de consulta, a sua menor importância em relação à escola poderá

refletir que a família já se tenha adaptado e tolere bem as características da criança.

Deste modo, como problemas associados e que não constituem a principal razão de vinda à consulta, surgem os problemas que correspondem aos sintomas das PEA: comportamentos repetitivos e estereotipados/interesses restritos (72%); dificuldades na socialização e interação social (41%) e alterações da comunicação e linguagem (45%). Para além destes existem ainda as alterações sensoriais (34%) e os problemas de atenção e alheamento (31%). Interromper as brincadeiras e as atividades da criança, sair de casa, a inteligibilidade do discurso, a intolerância aos ruídos ou a seletividade alimentar são alguns dos problemas referidos.

Relativamente aos antecedentes, a maioria não teve atraso no desenvolvimento da marcha ou da linguagem (cerca de 80%), o que contribui para que as crianças não despertem sérias preocupações quanto ao desenvolvimento. Verificamos que numa proporção de casos, cerca de 40%, não estão registados sintomas prévios de PEA; este fato pode significar que a sintomatologia precoce pode não ter sido devidamente explorada em contexto de entrevista. É de admitir que esta se tenha focalizado no diagnóstico atual, o que poderá também explicar que a caracterização dos subtipos de PEA não tenha sido realizada em todas as crianças, o que teve repercussões nas proporções desses mesmos subtipos, encontrados na amostra.

São assim identificadas uma importante proporção de crianças com Perturbação de Asperger (48,3%) e é de admitir que na nossa amostra o diagnóstico de PEA corresponderá a PID-SOE/AA. É também de salientar que 69% das crianças têm um nível de funcionamento médio ou elevado ($QI \geq 71$). A proporção importante de casos de menor gravidade dos sintomas autísticos e o nível cognitivo explicarão o atraso no diagnóstico, já que é reconhecido na literatura que as crianças com PEA e com elevado funcionamento têm maior probabilidade que o diagnóstico se atrase, por vezes até à idade adulta^{10,12,13,15}.

Analisando a relação entre características das PEA e a razão da vinda à consulta podemos concluir que os défices na socialização parecem os mais relevantes nesta faixa etária, surgindo em proporção idêntica ou como motivo de consulta ou como problema associado (89% dos casos). Relativamente aos comportamentos estereotipados e repetitivos e interesses restritos, estes são na sua maioria referidos como problemas secundários pelos cuidadores (72% dos casos). Isto pode também refletir a tolerância que a família tem com as características da criança, que parecem ser avaliadas como hábitos, gostos particulares ou até como expressão de grande curiosidade e capacidade

intelectual (uma das crianças tinha sido designada como tendo “uma precocidade excepcional”). As anomalias qualitativas da comunicação são os problemas menos reconhecidos e que menos mobilizam a vinda à consulta; constituem apenas problemas secundários em cerca de metade dos casos. Os cuidadores referem dificuldades em estabelecer uma conversa com a criança, esta poder fazer declarações socialmente inconvenientes ou utilizar um vocabulário rico para idade, problemas que no entanto não despertam grande preocupação junto dos pais ou para os quais não esperam encontrar solução. Outras anomalias não serão facilmente reconhecíveis como tal e são antes interpretadas como características individuais: as alterações da sintaxe, do tom, volume e ritmo da voz; o aumento do tempo de latência das respostas, problemas articulatórios e a utilização de linguagem idiossincrática²⁶.

Apesar da menor gravidade dos sintomas e anomalias das áreas em défice, é de realçar que a intervenção foi útil para a maioria das situações, sobretudo na capacidade de pais e professores compreenderem as características da criança e deste modo poderem utilizar outras estratégias mais eficazes²¹. Adaptações académicas, maior supervisão e apoio para a realização das tarefas escolares, reconhecimento e respeito pelas áreas que a criança valoriza e também pelas peculiaridades nas relações interpessoais, foram medidas fundamentais para uma melhor adaptação e redução do stress nos pais, professores e colegas. Tal como com a nossa amostra, é conhecida a forma como estas crianças são percecionadas, quando o diagnóstico não é feito: desafiadoras, desobedientes ou desinteressadas, parecendo distantes. Não conseguem distinguir as emoções dos outros, podendo não conseguir perceber, pelo tom de voz, que um professor está zangado; são vulneráveis ao *bullying* e muitas vezes o seu comportamento invulgar afasta-as dos colegas²⁶. É fundamental ajudar os professores a compreender porque é que a criança não coopera conforme esperado, que pode ter dificuldade em ouvir e tirar apontamento em simultâneo, que pode ter comentários inconvenientes e ter dificuldades na coordenação motora. A incompreensão do funcionamento social e a estranheza das suas atitudes ou gostos pode suscitar nos técnicos dúvidas quanto à capacidade parental dos pais, tendo sido algumas das crianças referenciadas a Comissões de Proteção, processos injustificados que vieram intensificar o sofrimento que já atingia estes pais. Conseguir um ajustamento nos processos de ensino e em todo o ambiente escolar para reduzir o stress, criando uma estrutura com maior segurança e previsibilidade e redução dos fatores de distração e estímulos sensoriais, é fundamental para obter um maior equilíbrio emocional e bem-estar na criança. Por exemplo, pode ser necessário que a criança almoce num momento ou lugar mais calmo, ou que até seja preferível fazer as refeições em casa, que nos

intervalos lhe seja permitido estar num sítio mais sossegado ou ainda ter que realizar testes em sala sozinha. É também fundamental que os pais compreendam melhor as características dos filhos – porque é para eles difícil cumprimentar, olhar nos olhos, porque parecem frios e insensíveis, porque não gostam de beijos ou abraços ou porque são tão insistentes em certos assuntos, por exemplo.

A realização do diagnóstico torna-se deste modo útil, ao permitir compreender melhor a criança e responder melhor às suas necessidades. Estes serão os fatores que pesam quando os pais ponderam comunicar o diagnóstico à escola e que os ajuda a lidar com o sofrimento inerente de receberem um diagnóstico que é bastante estigmatizante.

Os resultados deste trabalho sugerem que a ausência do diagnóstico de PEA afeta o ajustamento, escolar, social e familiar destas crianças, bem como a compreensão e tolerância dos adultos para com as suas características. Isto está de acordo com as consequências descritas quando se verifica atraso no diagnóstico¹³:

- Menor probabilidade de haver uma intervenção precoce e progressos ao nível da comunicação, da socialização e do desenvolvimento cognitivo⁹;
- Maior o sofrimento e a incompreensão por parte das famílias que não são ajudadas a desenvolver estratégias para evitar ou minorar problemas comportamentais;
- Mais difícil a integração destas crianças em ambiente escolar, pelo atraso em obter uma resposta educativa adequada (exposição a técnicas de ensino inapropriadas, rejeição pelos pares, tratamento rígido pelos professores);
- Ausência de aconselhamento do risco genético.

Para minorar esta situação, é reconhecida a importância do treino na deteção dos sinais precoces e do leque de características associadas ao espectro do autismo pelos profissionais de saúde^{9,27}. Por outro lado, tem sido defendido que mais importante que a distinção dos diversos subtipos é a capacidade de diagnosticar uma PEA e a concentração nas necessidades da criança. Atendendo a que existe uma grande variação na expressão clínica e que uma proporção importante de crianças não recebe o diagnóstico, quando um clínico tem dúvidas, deveria procurar o parecer de um profissional experiente²⁷.

Concluem as autoras que é necessária uma maior consciencialização dos profissionais de saúde para o reconhecimento das características dos sintomas, ainda que de menor gravidade, de PEA nas diversas etapas de desenvolvimento, sendo também recomendável que se utilizem instrumentos fiáveis de diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in pre-school children. *JAMA*, 285(24), 3093-3099.
- ² Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry*, 162, 1133-1141.
- ³ Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E., & Brayne, C. (2009). Prevalence of Autism Spectrum Conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509.
- ⁴ Rice, C. (2006). Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and developmental disabilities monitoring network, United States. *Pediatrics*, 27(2 Suppl.), S79-87.
- ⁵ American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington VA, American Psychiatric Association.
- ⁶ Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger Syndrome*. New York: Oxford University Press.
- ⁷ Prahbjot, M., & Pratibha, S. (2011). Follow up of children with Autism Spectrum Disorders: Stability and change in diagnosis. *Indian J Pediatr*, 78(8), 941-945.
- ⁸ Rondeau, E., Klein, L. S., Masse, A., Bodeau, N., Cohen, D., & GuilIsn, J. M. (2011). Pervasive developmental disorder not otherwise specified less stable than Autistic Disorder? A meta-analysis. *J Autism Dev Disord*, 41, 1267-1276.
- ⁹ Fountain, C., King, M. D., & Bearman, S. (2011). Age of diagnosis for Autism: Individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health*, 65(6), 503-510.
- ¹⁰ Daalen, E. V., Kemner, C., Dietz, C., Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., & Engeland, H. V. (2009). Inter-rater reliability and stability of diagnoses of Autism Spectrum Disorder in children identified through screening at a very young age. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 663-674.
- ¹¹ Kim, S. Y., & Lord C. (2010). Restricted and repetitive behaviors in toddlers and preschoolers with autism spectrum disorders based on the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). *Autism Res*, 3(4), 162-173.
- ¹² Lord, C., & Bishop, S. L. (2010). Social policy report – Autism Spectrum Disorders diagnosis, prevalence, and services for children and families. *Sharing child and youth development knowledge* 24,2 [acedido em 30/06/2012]. Disponível em: <http://lend.umn.edu/resources/>
- ¹³ Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of Autism and Asperger Syndrome: Findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41, 834-839.
- ¹⁴ Williams, P. G., Sears, L. L., & Allard, A. (2004). Sleep problems in children with Autism. *J Sleep Res*, 13, 265-268.
- ¹⁵ Russell, G., Ford, T., Steer, C., & Golding, J. (2010). Identification of children with the same level of impairment as children on the Autistic Spectrum, and analysis of their service use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 643-651.
- ¹⁶ Bartolo, P. A. (2002). Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: Multiprofessional negotiation frameworks. *Child: Care, Health and Development*, 28, 65-72.

- 17 Mandell, D. S., Maytali, M. N., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, *116*(6), 1480-1486.
- 18 Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. F., Volkmar, F. R. (1999). The screening and diagnosis of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *29*, 439-484.
- 19 Rebecca, E., Rosenberg, A. M., Daniels, J., Law, K., Walter, P. A., & Kaufmann, E. (2009). Trends in Autism Spectrum Disorder diagnoses: 1994-2007. *J Autism Dev Disord*, *39*, 1099-1111.
- 20 Goin-Kochel, R. P., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2006). How many doctors does it take to make an Autism Spectrum diagnosis? *Autism*, *10*(5), 439-451.
- 21 Mandell, D. S., Morales, K. H., Xie, M., Lawer, L. J., Stahmer, A. C., & Marcus, S. C. 2010; Age of diagnosis among medicaid-enrolled children with Autism, 2001-2004. *Psychiatr Serv*, *61*(8), 822-829.
- 22 Mandell, D. S., Ittenbach, R. F., Levy, S. E., & Pinto-Martin, J. A. (2007). Disparities in diagnoses received prior to a diagnosis of Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, *37*(9), 1795-1802.
- 23 Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 22.
- 24 MMWR. (2006). *Mental Health in the United States: Parental Report of Diagnosed Autism in Children Aged 4-17 Years – United States 2003-2004*, *55*, 481-486.
- 25 Coelho, A. M., & Aguiar, A. I. (Eds.). (2011). *Intervenção psicoeducacional integrada nas perturbações do espectro do autismo* (1ª ed.). Porto: Edição de Autor.
- 26 Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2010). Autism Spectrum Disorders. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ª ed., pp. 759-81). Oxford: Willey-BlackWell.
- 27 Rhoades, R. A., Scarpa, A., & Salley, B. (2007). The importance of physician knowledge of autism Spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC Pediatrics*, *7*, 37.

ABSTRACT

Objectives: To describe symptoms and problems of children from the author's consultation, who received a first time Autism Spectrum Disorder (ASD) diagnosis, at school age, without a prior suspicion of this diagnosis, between 2009 and 2011, in order to improve identification and diagnostic abilities by health providers.

Methods: The selected sample consisted of ASD children aged between 5 and 12 years, at the time of the first consultation. The motive for consultation, associated problems, origin of concerns, as well as the earliest autistic signs that could have been appreciated, were analyzed. Data concerning ASD subtypes, diagnostic tools, cognitive level, clinical interventions and follow-up, were also collected.

Results: 29 ASD children were studied, with learning difficulties and cooperation at school, socialization and attention problems, being the most common reasons for referral to a medical consultation. To a lesser extent there are other problems that result from characteristics of ASD. School and family were the key interveners for coming to a consultation. It was also found that the majority of children (83%) had been submitted to specialized consultations or to therapeutic interventions and 59% showed early signs of a developmental disorder.

Conclusions: The authors conclude that it is necessary to improve diagnostic and guidance abilities in children with ASD, especially considering that a late diagnosis affects family, school and social adjustment.

Key-words: Autism Spectrum Disorders; Asperger Disorder; School age children; Delayed diagnosis.

“FICO DEITADO NA CAMA A PENSAR NA MINHA MÃE” – DOIS CASOS CLÍNICOS EM SAÚDE MENTAL INFANTIL À LUZ DO PENSAMENTO DE JOÃO DOS SANTOS *

R. Monte-Alto **

R. Rodrigues **

C. Cabido **

RESUMO

João dos Santos, um dos primeiros pedopsiquiatras e psicanalistas portugueses, revolucionou a saúde mental infantil em Portugal. O autor refletiu profundamente sobre os problemas da sua época e, num cenário político de incertezas, questionou os dogmas da psiquiatria, da psicanálise e da educação e estabeleceu uma forma de trabalhar que ainda hoje está presente na organização dos serviços hospitalares de pedopsiquiatria, como o trabalho através de equipas multidisciplinares, a intervenção na comunidade e o olhar atento ao funcionamento mental da criança.

Com este artigo propomos recordar e estudar a obra de João dos Santos – a propósito do centenário do seu nascimento – através da exposição do trabalho clínico, baseado nos seus princípios, com duas crianças em idade escolar que recorreram à consulta de pedopsiquiatria na Clínica da Encarnação, no Hospital Dona Estefânia.

O primeiro é o caso do João, um rapaz de 8 anos, com comportamento agressivo, impulsividade, furtos e desatenção na escola, sinalizado à consulta pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens por maus-tratos da mãe. A tolerância do terapeuta para com os comportamentos de ambos ajudou a mãe a transformar a sua atitude, implicando-se no conflito com o filho, o que permitiu uma melhoria do comportamento da criança e do seu desempenho escolar.

* 1º Prémio Doutor João dos Santos 2013.

** Médica Interna de Pedopsiquiatria, Clínica da Encarnação, Área de Pedopsiquiatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE, Lisboa.

O segundo caso é o da Maria, uma rapariga de 7 anos, com uma inibição psicoafetiva, enurese noturna e grande dificuldade de adaptação escolar, inserida numa família com graves relações disfuncionais, cujo sofrimento familiar é agravado pela doença oncológica da mãe. O trabalho em equipa ofereceu à criança uma dimensão relacional individual e em grupo, desmistificando o receio da socialização, e à mãe, um apoio individual. O encontro de um espaço mental contentor das angústias e conflitos da criança e da família, na equipa multidisciplinar, permitiu que a Maria encontrasse a tranquilidade interna e curiosidade necessárias para iniciar a escolaridade.

Lembrar e estudar a obra de João dos Santos, encoraja-nos a continuar a pesquisar soluções criativas para as situações crescentes em Saúde Mental Infantil.

Palavras-chave: João dos Santos. Pedopsiquiatria. Sintoma reativo. Relação terapêutica. Equipa multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

O período de crise económica e social que atravessamos permite recuperar o estudo de autores que também viveram, na sua época, crises políticas, económicas e do saber científico. Não mais oportuno lembrar João dos Santos, no ano da comemoração do centenário do seu nascimento, um dos primeiros pedopsiquiatras e psicanalistas portugueses, fundador do primeiro centro de saúde mental infantil em Portugal e co-fundador da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

João dos Santos, num cenário político de incertezas, revolucionou a Saúde Mental Infantil em Portugal, defendendo que esta deveria constituir o trabalho basilar para a promoção da saúde mental.

“A primeira realização a esperar no campo da defesa da criança é a de que, finalmente, nas próximas décadas, os educadores, os médicos e os psicólogos perceberão que a idade escolar é demasiado tardia para evitar as perturbações que desequilibram o homem.”¹

O autor refletiu profundamente sobre os problemas da sua época, questionou os dogmas da psiquiatria, da psicanálise e da educação e estabeleceu uma forma de trabalhar que ainda hoje está presente na organização dos serviços hospitalares de pedopsiquiatria. Contudo, as pressões de um sistema de saúde voltado para resultados económicos e imediatos, impostos

pela nossa organização social, comprometem alguns dos princípios que defendeu, como o trabalho através de equipas multidisciplinares, a intervenção na comunidade e o olhar atento ao funcionamento mental da criança, que é única^{2,3}.

“Cada criança nasce numa circunstância que, desde sempre e para sempre, não foi nem jamais será repetida. Numa circunstância única.”¹

*“Há certas coisas que se fazem em **silêncio**, que se fazem na **intimidade** e que, portanto, criam a **vida mental**. E até de certa maneira, a forma do corpo, a maneira de estar... tem a ver com a consciência do próprio corpo... toda a vida mental se processa através de **emoções** muito profundas, que dizem respeito à curiosidade da criança pelos outros e à curiosidade dos outros pela criança. E a partir disso a criança tem a necessidade de criar algo que substitua a realidade nua e crua das coisas... alguma coisa que tem de ser no campo do **imaginário**...”⁴*

Cada uma de nós foi fazendo encontros com a sua vasta obra escrita, algo dispersa, de livros e artigos científicos e, dessas leituras, escolhemos trazer para reflexão algumas das coisas que tiveram ressonância em nós. Nestes textos, encontrámos respostas para algumas dúvidas concretas da prática clínica, respostas simples, humanas, para inquietações próprias de quem começa uma viagem pelo mundo dos afetos da criança, da família e das suas relações.

Diz João dos Santos: *“A minha vida foi o prazer de existir”* e ainda *“As emoções sentem-se, os sentimentos vivem-se, os gestos explicitam o que dentro de nós se passa”¹*.

A entrada na especialidade acarreta uma série de mudanças e, recém-chegadas, deparamo-nos com um cenário diferente daquele a que estávamos habituadas – o pano de fundo da nossa formação até chegar à especialidade são os sintomas que, nós médicos, desejamos fazer desaparecer, como verdadeiros *“guerreiros de sintomas”* nas palavras de Winnicott... e eis que o desafio a partir daqui será o de conter a pretensão de fazer desaparecer um sintoma para nos dedicarmos antes à sua compreensão.

Abordamos em linhas gerais alguns aspetos sobre o pensamento, vida e obra de João dos Santos, nomeadamente o que deixou escrito sobre a criança e a família, o papel do Pedopsiquiatra, sobre os sintomas que designou conceptualmente como reativos e sobre a relação terapêutica. Em seguida, apresentamos duas vinhetas clínicas que ilustram não só a tentativa de compreensão da criança e do sintoma bem como o trabalho em equipa

multidisciplinar e, por fim, terminamos com uma reflexão acerca do ontem e do hoje e dos novos desafios para o futuro.

JOÃO DOS SANTOS E O INÍCIO DA PEDOPSIQUIATRIA EM PORTUGAL

FIGURA 1

João dos Santos (1913-1987)



João dos Santos (Figura 1) nasceu em Lisboa, em 1913. Licenciou-se em Medicina, em 1939, três anos depois de se ter licenciado em Educação Física. Iniciou a sua formação como Psiquiatra e foi admitido como 1º assistente do Hospital Júlio de Matos. No ano 1945, por razões políticas, é demitido do seu lugar de médico hospitalar e parte para Paris após conseguir uma bolsa, e aí trabalha e investiga durante quatro anos, no seio de importantes expoentes da Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise, como Wallon, Ajuriaguerra, Lebovici, entre outros^{5,6}.

É admitido pela Comissão de Ensino da Sociedade Psicanalítica de Paris, pertencendo à segunda geração de psicanalistas franceses ligados a Freud. Para João dos Santos, a psicanálise era algo como ajudar alguém a reencontrar a criança que trazia dentro de si⁷.

“Que os homens que guardam da sua infância a experiência inédita, que interiorizam o movimento, o sentir, o amor, que constituíram um mundo seu, o abram aos outros, que o abram para as crianças.”¹

Nos anos 50, regressa a Portugal e é readmitido, oficialmente, no Hospital Júlio de Matos (Figura 2), passando a dirigir a sua Secção Infantil.

FIGURA 2

João dos Santos no Hospital Júlio de Matos



Em 1952, participa na criação da Secção de Higiene Mental no Centro de Assistência Materno-Infantil Sofia Abecassis. A intenção era não esperar pela idade escolar para compreender e intervir sobre as perturbações do comportamento das crianças, como se fazia até aí, mas conhecer a mãe da criança desde a gravidez, em conjunto com a família e os técnicos de saúde que com ela se relacionavam, e acompanhar a criança pela infância fora até à escola. Esta conceção pioneira foi cuidadosamente pensada e ensaiada simultânea e independentemente em Lisboa, por João dos Santos, e em São Paulo, pelo psiquiatra Mário Yhan.

No Centro Sofia Abecassis, João dos Santos orientava reuniões e entrevistas com enfermeiras, considerando essencial levá-las a apreender o valor e o significado das queixas das mães sobre os sintomas dos bebés (alimentação, sono, controle dos esfíncteres, etc.) e compreender o modo como os pais se relacionavam e reagiam a certas dificuldades dos seus filhos, a fim de encontrarem as melhores formas de ação, com o propósito de saber distinguir os sintomas desse tipo, das doenças. Foi o local onde se fez, pela primeira vez, observação de bebés com as mães.

Para melhor compreender as perturbações das crianças na escola, o insucesso escolar e os seus determinantes, funda e dirige os dois primeiros

centros psicopedagógicos em Portugal, a Voz do Operário e o Colégio Moderno, em 1953.

Na “Voz do Operário”, desenvolve um trabalho de pesquisa sobre sintomas reativos, que contribuiu para a monografia *La Valeur du Symptôme dans le domaine preventif*, onde conclui a banalidade de alguns sintomas, o valor estruturante de outros e o significado patológico de alguns⁷.

Para João dos Santos e para aqueles que participaram nestas iniciativas, para ajudar as crianças de uma forma contínua e consistente, era também necessário fazer participar a família, os professores, os técnicos de saúde e a comunidade, onde todos eles se inserem. Entendia João dos Santos que foram as suas próprias dificuldades em adaptar-se à aprendizagem da leitura e da escrita, na escola, e a dura disciplina a que se submeteu para superá-las que o prepararam para aguentar uma carreira pública na qual teve que gastar cerca de um terço do seu tempo “na maquis da papelada” para poder criar as organizações de serviços que julgava necessárias⁷.

“As crianças mal comportadas são as que agem em vez de pensar. Mas o que acontece é que muitas vezes eles não sabem o que é pensar; porque pensar é não só resolver operações, mas também imaginar... e que a imaginação é invadida por fantasmas [...]

Se a criança não consegue dar seguimento a certas fantasias ligadas à depressão, angústia, carência e revolta, a criança age.

E se os professores pusessem as crianças mal comportadas a olhar para dentro?”¹

João dos Santos foi o primeiro diretor do Centro de Saúde Mental Infantil, quando este foi criado em 1965. Com o grupo de técnicos que vinha formando, põe em prática o primeiro serviço público de Saúde Mental Infantil em Portugal, a partir da sua conceção dinâmica do funcionamento mental das crianças e das perspetivas de saúde pública que foi desenvolvendo. Havia que preparar Pedopsiquiatras e situá-los muito próximo da comunidade.

A partir do seu núcleo inicial, o Centro diferenciou-se em várias equipas multidisciplinares e unidades especializadas⁷.

Cada equipa multidisciplinar, constituída por psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e professores especializados, prestava assistência psiquiátrica por regiões geográficas (equipa de setor), sendo que a ação sobre toda a população assegurava a continuidade da ação médico-social, nas diferentes fases de evolução da doença, pela mesma equipa

terapêutica, desde a prevenção primária até a reintegração. O objetivo era apostar nos aspetos sãos da personalidade, reforçá-los e mobilizá-los^{2,3}.

Em 1973, funda, juntamente com Pedro Luzes e Francisco Alvim, a Sociedade Portuguesa de Psicanálise e dois anos depois, em 1975, funda a Casa da Praia que, como o próprio explica, chama-se “casa” porque esta sugere família, lar, mãe. É um externato de pedagogia terapêutica onde se tratam crianças que tem dificuldade em aprender.

A intervenção e seguimento dos casos fazia-se num plano de colaboração entre os técnicos que trabalham com a criança e com os pais^{8,9}.

João dos Santos articulava o conhecimento à ação, ensinava que se aprendia fazendo, experimentando, analisando, corrigindo, comunicando; especializou-se em perscrutar a vida interior de cada indivíduo enquanto realidade singular, mas nunca perdeu de vista o meio onde o indivíduo se insere, a necessidade de organizar a ação coletiva e de cultivar espaços de participação para melhorar a saúde da comunidade.

Morreu em Lisboa, em 1987, tinha 74 anos de idade, no dia que dá por terminada a sua última obra *Casa da Praia – Um psicanalista na escola*.

Aprofundaremos, em seguida, alguns temas e conceitos que considerámos particularmente úteis, pela sua atualidade, para a nossa formação enquanto internas de pedopsiquiatria: a criança e a família, o papel do pedopsiquiatra, os sintomas reativos e a relação terapêutica.

A criança, a família e os sintomas reativos

A evolução afetiva e intelectual da criança faz-se por avanços, paragens e recuos, que resultam de acidentes da vida de relação e da vida interior em organização. Os sintomas psíquicos são o sinal de que qualquer coisa se move no desenvolvimento ou na evolução afetiva da criança. Será, então, possível evoluir sem sintomas de sofrimento emocional?¹⁰

E qual é a posição dos pais perante estes sintomas? Os pais vêm à consulta pedir-nos algo, mas têm as suas próprias ideias, preocupações e soluções¹¹.

Para João dos Santos, os sintomas reativos expressam a existência de um conflito externo em que, aos impulsos e necessidades da criança, se opõem as exigências educativas (...) São sintomas de aspeto somático, motor, expressivo ou comportamental, como são exemplo os terrores e a ansiedade noturnas, fobias de animais e escuro, fobia da escola, sintomas psicomotores e perturbações do controlo dos esfíncteres¹⁰.

Os sintomas reativos devem ser enquadrados no contexto familiar e escolar da criança e compreendidos como etapas evolutivas. São considerados um sinal

de alarme que pode, inclusivamente, favorecer o encontro pais-pedopsiquiatra¹².

O sintoma da criança “*não pode ser corrigido sem previamente ser compreendido e tratado como etapa evolutiva*”¹⁰.

Relação terapêutica

Para o autor, as tarefas do pedopsiquiatra são aceitar as queixas dos pais como uma interpretação subjetiva do conflito e ajustar a posição dos pais para uma atitude mais ativa perante o mesmo, sendo que tal não é possível sem que se esteja mais interessado em estabelecer **relação**, do que em fazer um diagnóstico nosológico¹¹.

A relação terapêutica permite que os pais tomem consciência de que há um problema comum, o da infância dos filhos e o seu próprio conflito infantil mais ou menos ultrapassado, mas reativado pela situação atual. É um convite que dirige aos pais, o de revisitarem a sua experiência enquanto crianças¹².

Sublinha ainda que só uma atitude tolerante do terapeuta permite a tolerância dos pais para com o comportamento dos filhos e portanto o acesso do que é pré-consciente, à consciência¹².

Assim, defende que o mais importante do trabalho do pedopsiquiatra é estabelecer relação com os pais e educadores, olhando-os primeiro, e depois com a criança, ambos potencialmente “clientes” e com necessidade de cuidados¹¹.

“Não se pode excluir [...] os pais da relação terapêutica isolando [...] o caso da criança que continua [...] a estar na dependência real dos pais.”

“Com exceção das doenças agudas e traumáticas, o encontro doente-médico processa-se através de uma relação humana que implica imagens parentais antigas da parte do doente e do seu médico.”⁸

O objetivo não é curar, mas colocar as pessoas em condições de se curarem. João dos Santos realça a importância do estudo dos sintomas reativos na prevenção primária por impedir, através de uma *relação terapêutica* com os educadores e a criança, a sua fixação e portanto a organização de quadros psiconeuróticos⁵. Contudo, a pressão do tempo, a pressão dos números, o papel das farmacêuticas, a diminuição do número de técnicos nas equipas e da sua multidisciplinariedade, a menor articulação com os serviços da comunidade, são exemplos de fatores que, atualmente, podem contribuir para o aumento do recurso a psicofármacos em crianças.

Os dois casos clínicos que apresentamos em seguida, em forma de vinheta, procuram ilustrar algumas das ideias-chave que João dos Santos se empenhou em transmitir.

VINHETAS CLÍNICAS

Vinheta Clínica 1 – “Não chores... brinca comigo”

O João tem 8 anos de idade, é uma criança de raça negra e frequenta o 3º ano de escolaridade, mas está com currículo do 2º ano.

Vem à consulta, acompanhado pela mãe, na sequência de uma sinalização à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) feita pela escola, por suspeita de maus tratos: o João queixou-se à professora que a mãe o tinha mordido no braço e no tronco por se ter portado mal na escola.

Na consulta, a mãe refere que o João mente muito, que “rouba” brinquedos e lápis aos colegas e que é agressivo para estes. É uma criança impulsiva, tem dificuldades em estar atento e esquece-se das coisas. A mãe está sempre a ser chamada à escola pelo mau comportamento do João e refere que nunca teve um filho assim.

Dorme com a mãe, segundo esta, “para lhe dar o afeto que sente falta” e tem um sono agitado. A mãe refere ainda que o João pede abraços à mãe e diz muitas vezes que precisa de uma família.

Em relação à dinâmica e antecedentes familiares, os pais do João, naturais de um país PALOP, estão separados desde há 2 anos. O João vive com a mãe e com os dois irmãos gémeos de 17 anos. A mãe é empregada de limpeza e faz três turnos (sai de casa às 3h30 e chega a casa por volta das 20h30); teve uma infância marcada por perdas e separações. É uma família com grandes carências económicas. O pai do João está desempregado e tem uma segunda família; vê o João regularmente, mas é afetivamente distante.

Relativamente aos antecedentes pessoais, o João era um bebé chorão e tinha dificuldades em adormecer. Regista-se um atraso no desenvolvimento da linguagem (o João começou a falar aos 3 anos) e, ainda, episódios de enurese noturna primária.

Na primeira consulta, a mãe chora, verbaliza culpa pela falta de afetos que dá aos filhos e tem receio de os perder. Refere ainda sentir-se cansada.

À observação, o João é um menino afável e simpático. É colaborante, apesar de um pouco inibido de início. É irrequieto e está bem-disposto a maior parte do tempo; no entanto, os seus olhos ressaltam uma tristeza profunda

quando afirma que os pais lhe batem, diz “fico magoado, com marcas, a chorar”. Idealiza o pai e refere que este o leva à escola (sendo que, segundo a mãe, é uma vizinha); conta um sonho no qual monstros estão a comê-lo e o pai mata os monstros; no desenho da família, desenha-se a si e ao pai (Figura 3). Tem dificuldade em contar uma história. Quer mostrar os ténis novos que a mãe comprou, mas tem vergonha porque estão sujos.

FIGURA 3
Desenho da família



Seguimento:

Ao longo das consultas, o João foi demonstrando uma grande preocupação com a mãe, a par das suas carências materiais e afetivas.

Por diversas vezes, apareceu no gabinete antes da médica o chamar, perguntando se já podia entrar. De uma das vezes, tira-lhe um “cromo” que tinha em cima da mesa e, discretamente, leva-o com ele. Com a terapeuta é próximo e, por vezes, apelativo, ávido de uma relação que lhe transmita segurança.

Numa das consultas conta um sonho bom em que vai com a mãe ao supermercado comprar gelados, brinquedos e carros de corrida; a mãe compra roupa para ficar bonita e compra-lhe ténis, calças e camisolas novas.

Refere que não gosta de ir dormir e que fica a pensar que os pais ganharam o Euromilhões.

Numa outra consulta, diz que fica deitado na cama a pensar na mãe.

A mãe chora em todas as consultas, mostra-se uma mulher bastante deprimida. O João abraça a mãe e pede para a mãe não chorar e que brinque com ele.

À data da 4ª consulta, a mãe refere que se despediu-se do 1º turno porque achou que seria importante para o João estar mais presente e levá-lo à escola.

O caso foi discutido em reunião comunitária, com alguns elementos da nossa equipa e técnicos da comunidade, representado centro de saúde, escolas e CPCJ. Foi proposto o encaminhamento da mãe para o médico de família e apoio psicológico no Centro de Saúde.

Quatro meses após a primeira consulta, o João deixou de dormir com a mãe. Tem insónia terminal e vai ver da mãe ao quarto. Não tem episódios de enurese. E a mãe e a professora referem melhorias no comportamento e nas aprendizagens.

A mãe refere sentir-se melhor, refere que já vê em si uma pessoa, que antes estava perdida; está satisfeita por já ter tempo para estar com os filhos, já consegue aceitar os seus abraços. O João refere que a mãe já não chora e que não tem ralhado. O João mantém alguma ansiedade latente, humor depressivo e têm surgido sentimentos de desvalorização e culpa. Culpabiliza-se por ter feito queixas à professora; a mãe está alerta para estes sentimentos do filho e tenta desmistificá-los em contexto de consulta. A mãe emociona-se ao falar da evolução positiva de ambos.

Reflexão:

O João apresentava sintomas reativos à sua dinâmica familiar e relação com os pais, marcada por maus-tratos e uma grande carência de afetos positivos. Com dificuldades de mentalização e simbolização, a sua problemática situava-se no plano do agir. Furtava pequenos objetos como reação de compensação a este desamparo afetivo e investia os seus receios e angústias na instabilidade psicomotora e no mau comportamento escolar.

Na relação terapêutica, o João tem vindo a explorar, pouco a pouco, as suas emoções, sentimentos e angústias, com o surgimento de afetos e sentimentos depressivos.

A mãe chega à consulta, depois de ter já passado por uma grande diversidade de técnicos, que muito centrados nos sinais de maus-tratos do João, lhe apontaram sempre o dedo. Chega à interna de pedopsiquiatra, com grandes sentimentos de culpa e um receio enorme que a CPCJ lhe retire os filhos. A médica compreendeu, na relação terapêutica, o seu grande sofrimento e a genuinidade dos seus sentimentos. Esta desmistificou os comportamentos do João e ajudou a mãe a compreender e a tolerar esses mesmos comportamentos, a perceber que as preocupações do filho não eram as esperadas para uma criança de 8 anos de idade e a necessidade de um ambiente contentor, de uma mãe que o tranquilize. Escutando-a, muito mais do que mostrando linhas diretrizes de

atuação, a mãe apercebeu-se não só da existência de um problema de relação, mas que ela própria também sofria e precisava de ajuda para compreender e gerir os seus próprios conflitos e afetos. O exemplo de tolerância da médica para com os comportamentos de ambos ajudou a mãe a desenvolver uma atitude também mais tolerante para com os comportamentos do João, e a adotar uma postura mais dinâmica neste problema de relação. E, de facto, com a conseqüente implicação da mãe no conflito do filho, traduzida pela sua aproximação física e afetiva, o João tem vindo a melhorar o seu comportamento e desempenho escolar.

De salientar todo o trabalho multidisciplinar que tem vindo a ser realizado neste caso, através da articulação com a Assistente Social, com uma das psicólogas da equipa e com as suas estagiárias; e com a comunidade, através de reuniões comunitárias. O João irá também ser avaliado pelo Psicomotricista da equipa, no sentido de iniciar seguimento também em sessões de psicomotricidade.

Vinheta Clínica 2 – “O mundo da menina é a família”

A Maria tem 7 anos e foi encaminhada à consulta pela professora no início do 2º ano de escolaridade, por ter dificuldades de integração na escola, medo de errar nas atividades escolares e de ser gozada pelos colegas. A criança não falava com os adultos, relacionava-se pouco com os colegas e revelava dificuldades na aprendizagem. A mãe acrescentou que usava fraldas para dormir e dormia com os pais.

A Maria vem de uma família pautada por relações disfuncionais, com agressões físicas e verbais entre os pais, no passado; o pai tem o diagnóstico de perturbação bipolar e sofre de alcoolismo, mas rejeita um tratamento. O sofrimento familiar foi agravado, há cerca de um ano, com o diagnóstico de uma forma grave de cancro na mãe.

A mãe estava muito preocupada com a inibição que a Maria apresentava na escola, mas realçou que “o mundo da menina é a família!”

Foi uma bebé prematura, descrita como chorona, que se acalmava com a mãe. Sempre teve problemas de sono, com muitos medos, birras e dificuldade em adormecer; sempre dormiu com os pais. Apresentou um ligeiro atraso no desenvolvimento psicomotor.

É descrita pela mãe como dependente. Em situações sociais, parece um “bicho do mato”, mas em casa é ela quem manda.

A Maria é uma menina com olhar vivo, mímica expressiva, inicialmente evitante e pouco simpática, com nítido desconforto na interação com o outro, que paralisa o seu discurso. Inicialmente não queria sair do colo da mãe, oscilava uma postura tensa com irrequietude motora – durante a consulta teve

que ir três vezes ir à casa-de-banho. Só foi possível observá-la na presença da mãe. Não fala durante a consulta e faz um desenho, através do qual vai comunicando de forma não verbal e afetiva, e, com acenos de cabeça, A médica percebe que gosta de pintar, cantar e dançar.

Tendo em conta o visível sofrimento da criança, começou um acompanhamento semanal com a pedopsiquiatra e a mãe começou a ser acompanhada pela enfermeira da equipa, com regularidade mensal.

As primeiras consultas foram marcadas pelo silêncio e uma grande tensão muscular, a Maria observava a médica cuidadosamente. A interação passou por jogos com fotografias, jogos de palavras e, assim, começaram os primeiros diálogos.

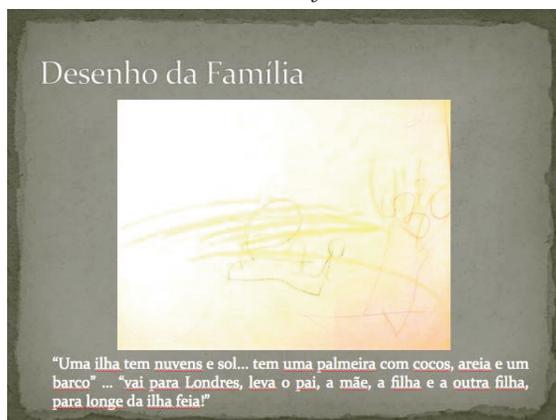
Ao fim de dois meses, iniciou psicomotricidade em grupo, onde foi trabalhada a relação com as outras crianças e, em sessões individuais, a motricidade fina, para desenvolver a escrita.

Observou-se uma grande mudança na Maria, os diálogos tornaram-se mais ricos e começaram a surgir histórias sobre gatinhos doentes, com o tema da morte presente.

Ao fim de seis meses, surgiram os temas de vivências difíceis com os pais, seguidos de algumas consultas com atitudes regressivas, descargas de emoções (Figura 4) com gargalhadas, gritos e palhaçadas desajeitadas. O encontro era o momento principal, estendia-se no *setting* do gabinete e a separação acontecia com muitas resistências.

FIGURA 4

Desenho da família



A atitude foi-se adequando, com um discurso mais fluente e espontâneo. Na escola, houve melhoria na socialização e início da aquisição da escrita e da leitura.

Ao fim de 8 meses, o pai juntou-se ao processo terapêutico, numa altura de afloramento dos conflitos familiares e reaparecimento de sintomas na Maria, tendo sido possível falar da dinâmica familiar.

A mãe terminou os tratamentos oncológicos, fez cirurgia reconstrutiva e, para a Maria, a separação da mãe começou a ser possível. Numa das últimas consultas, escolheu um livro de contos e leu-o.

Nesta criança com um desenvolvimento com recuos e pequenos avanços, que se via encerrada nos conflitos familiares, a inibição social permitia um apego aos elementos da família e à mãe, cuja fantasia de separação tinha um grande potencial de se tornar realidade devido à doença da mãe. As capacidades de expressão não verbal da Maria foram a chave para descobrir o universo das relações e fazer pequenas conquistas.

O encontro de um espaço mental, contentor das angústias e conflitos da criança e da família, na equipa multidisciplinar, permitiu que a criança encontrasse a tranquilidade interna e curiosidade necessárias para iniciar a aprendizagem. O trabalho em equipa ofereceu uma dimensão relacional, individual e em grupo, desmistificando esta última o receio da socialização. Com a mãe, foi possível abordar questões difíceis, como as relacionadas com a doença. Numa família que trazia tantas vezes emoções negativas, o trabalho em equipa permitiu o trabalho em equipa teve um papel importante na continuação por parte dos terapeutas de uma atitude empática e afetuosa, que permitiu verdadeiramente ir ao seu encontro.

CONCLUSÃO

Durante anos deixou-se de falar de João dos Santos.

Algumas publicações como a tese de Maria Eugénia Carvalho e Branco, em 2000, com a sistematização e organização antológica da obra do Pedopsiquiatra e, mais tarde, a organização e publicação do espólio do autor, em três volumes, realizadas pela sua filha, Paula Grijó dos Santos, contribuíram para repensar o papel singular de João dos Santos.

João dos Santos apresentava as suas ideias de forma coloquial e narrativa, apesar da profundidade dos conteúdos e do seu rigor estrutural. Ao escrever, integrava no próprio ato de pensar, um núcleo científico e humanista¹³.

A partir de uma formação muito rica e leitura aprofundada de vários autores, imprimiu na sua prática clínica a sua impressão digital, marcada pela sua personalidade carismática. Disse:

*“Eu gosto muito de integrar o meu trabalho na minha experiência pessoal e nas minhas vivências especiais, e realmente já me esquecia da ciência, felizmente [...]”*⁵

Maria Eugénia Branco ressalta que: “A utopia, o afeto e o amor eram a base de tudo o que pensava e fazia, mesmo e sobretudo no campo da ciência e da técnica”⁵.

João dos Santos queria ir ao encontro do outro, dizendo:

“Tudo o que fiz começou numa utopia... Há muito que decidi despir-me da minha inteligência académica e das técnicas que os psicólogos e psiquiatras costumam interpor entre si e as pessoas, para poder beneficiar da dádiva generosa de tudo quanto de sensível os homens segregam: o sensível positivo e o sensível negativo”.⁵

Estudar João dos Santos permitiu-nos ter um olhar crítico sobre as etiquetas nosológicas e o sintoma que a criança apresenta. A criança constituía o núcleo do pensamento do mestre, e quando falava sobre a criança, referia-se também a si próprio, *“falar da criança é sempre falar da criança que em nós habita”*. (Figura 5) Para João dos Santos, *“falar da criança é sempre falar da criança que em nós habita”*⁵.

*“Através da criança que em mim persiste vejo o Mundo todo e a infância dos outros. Quero crer que registei mais recordações da infância deles que da minha própria, mas, com mil cuidados, guardo umas e outras num grande saco onde tudo se confunde. Algumas, mais preciosas, tenho-as no cofre do meu pequeno tesouro: aquele que me permite viver com a alegria que expando e a tristeza que recolho.”*⁵

FIGURA 5

João dos Santos com criança



E assim, convida os pais e educadores a revisitarem a sua experiência enquanto crianças.

“Cada um tem de educar como sabe, e o seu saber de adulto-educador tem origem na sua experiência como educando.”¹

Maria Eugénia Branco refere que “ao lê-lo aprendemos a perscrutar os medos, os terrores e as angústias da nossa infância, e a compreender que a capacidade de fantasiar e de sonhar é a via real para lhes compreender o sentido, resolvê-los de forma integrada e construtiva e, sobretudo, guardar o dinamismo inspirador do mistério que encerram⁵.”

Em tom de conclusão, João dos Santos estava para além da sua época, homem de ciência e ação, traduzia “em doutrina e em obras, o que sonhava, pensava e vivia”⁵. O olhar sobre o seu pensamento, vida e obra, ainda hoje tão inovadores, permite incentivar novas ideias e novas práticas para o futuro.

António Coimbra de Matos escreveu que “João dos Santos sempre se considerou um aprendiz: aprendia com os seus pacientes”, e “são estes mestres-aprendizes que deixam uma herança cultural, atingindo assim uma imortalidade simbólica. Continuam vivos no pensamento – e no coração – dos que com eles aprenderam e conviveram; todos diferentes, já que o verdadeiro mestre só deixa uma marca – a de uma doce saudade, temperada a fogo pelo entusiasmo na descoberta.¹⁴”

Apesar de não termos tido o privilégio desse convívio, sentimo-nos de certa forma assim, com o entusiasmo pela sua descoberta, e pelo encontro do afeto em palavras, que ecoam até hoje.

Terminamos com as palavras do autor: “só se morre quando morre a última pessoa que nos conheceu”⁷.

Curar...

Se não é deixar de sentir sintomas...

*é trocar... repressão por **compreensão**,
ignorância por **sabedoria**,
ansiedade por **contentamento**,
psicodelismo por **alegria tranquila**,
desespero por **coragem**,
regressão por **evolução**,
fadiga por **energia**,
guerra por **paz**,
medo por **serenidade**,
vazio por **plenitude**,
agitação por **quietude**,
egoísmo por **solidariedade**.*

João dos Santos (texto cedido pela Casa da Praia)

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Santos, J. (1991). *Ensaio sobre Educação, Vol. II: "O Falar das Letras"*. Lisboa: Livros Horizontes
- ² Santos, J., & Silva, M. (1979). Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica – Colóquio sobre Psiquiatria Social. *Anais Portugueses de Psiquiatria* (pp. 3-10).
- ³ Santos, J. (1973). Programa de Ensino do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa. *Separata de Saúde Mental, Boletim do Instituto de Assistência Psiquiátrica, nº17*.
- ⁴ Santos, J., & Monteiro, J. (1995). *Se não sabe porque é que pergunta*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- ⁵ Branco, M. E. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizontes.
- ⁶ Santos, J. A (1988). *Neurose de angústia*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- ⁷ Sakellarides, C. O (2005). Rosto e a máscara. In C. Sakellarides (Ed.), *De alma a Harry – Crónica da democratização da saúde* (1ª ed., pp. 121-127). Lisboa: Almedina.
- ⁸ Santos, J. (1972). Saúde pública e saúde mental nas suas relações com a saúde escolar. *Separata do Jornal do Médico*, 127-133.
- ⁹ Santos, J. (1976). *Pedagogia terapêutica, Comunicação livre no congresso "Encontro dos Psicólogos"* em Março de 1976, consultado em <http://www.casadapraia.org.pt/pedagogia/index.html>, em 20 de Dezembro de 2012.
- ¹⁰ Santos, J. (1973). Introdução ao estudo das neuroses e sintomas reativos da criança. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 4, 457-477.
- ¹¹ Santos, J. (1963). La valeur du symptôme dans le domaine preventif. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 6(1), 139-242.
- ¹² Santos, J., & Caldas, N. (1972). O sintoma encoprose. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 22-23, 124-192.
- ¹³ Monteiro, J. S. (2000). Apresentação. In M. E. Branco (Ed.), *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizontes.
- ¹⁴ Matos, A. C. (2007). Prefácio. In J. Santos (Ed.), *Ensinar-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Ed. Assírio e Alvim.
- ¹⁵ Paula, D., & Manu, T. C. (1994). *João dos Santos – O prazer de existir*. Lisboa: Ed. Liga Portuguesa de Deficientes Motores.
- ¹⁶ Santos, J. (1969). Ensaio duma classificação nosológica para a psiquiatria infantil. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 21, 469-488.

ABSTRACT

João dos Santos, one of the first portuguese child and adolescent psychiatrists and psychoanalysts, he revolutionized the child mental health in Portugal. The author reflected about the social, economic and politic of his time and questioned the medical and educational dogmas. He established a way of working that is still present in the

organization of our hospitalar services for child psychiatry, as the work in multidisciplinary teams, communitary intervention and the close assess to the child's mental functioning.

With this paper, in the year of the celebration of the centenary of João dos Santos, we intend to remember and study his thought throught the presentation of some of the autor's principles aplyied in the clinical work with two children, outer patients from the Encarnação's Clinic of the Dona Estefânia Hospital.

We present the case of an 8 year-old boy, with aggressive behavior, impulsivity, theft and lack of attention at school, signaled by the Committee for Children and Adolescent Protection and Promotion.

The tolerance from the therapist regarding the behavior of mother and son, helped the mother change her attitude, implicating herself in the conflict with her son, which resulted in an improvement in the boy's behavior and performance at school.

The second case is about a 7 year-old child with a psycho-affective inhibition, night enuresis and with great difficulty to adapt at school. From a family characterized by dysfunctional relations and which familiar suffering was aggravated in the last year by oncological disease from the mother. The multidisciplinary teamwork provided the child with a relational dimension, individually and in group, demystifying the fear of socialization; and the mother with individual support. This allowed the child to find internal security and the necessary curiosity to start schooling.

Recalling and studying the work of João dos Santos encourages us continuing to search for creative solutions in the children metal healthcare.

Key-words: João dos Santos. Child psychiatry. Reactive symptom. Therapeutic relationship. Multidisciplinary team.

FATORES IMPLICADOS NO FENÓMENO DE BULLYING EM CONTEXTO ESCOLAR: INFLUÊNCIA DA SEPARAÇÃO/DIVÓRCIO PARENTAL

Teresa Sousa Ferreira *

RESUMO

Introdução: O Bullying é um fenómeno complexo, não circunscrito apenas ao ambiente escolar, mas com uma etiologia partilhada por outros contextos. Sendo a família o primeiro espaço de desenvolvimento do ser humano, modificações na sua estrutura, tais como a separação/divórcio parental, poderão acarretar alterações na internalização de emoções e padrões de comportamento da criança, que serão experimentados noutros lugares de socialização, como a escola.

Objetivos: Avaliar a influência da separação e/ou divórcio parental na manifestação de comportamentos de vitimização e de agressão por Bullying nos alunos participantes das escolas públicas de Guimarães.

Métodos: Selecionado igual número de turmas do 6º e do 8º ano das escolas públicas do concelho de Guimarães, em Portugal. Os alunos preencheram autonomamente um questionário com informação demográfica e o Multidimensional Peer Victimization Scale adaptado para Portugal. Técnicas de estatística descritiva e analítica foram utilizadas na análise dos dados.

Resultados: Avaliaram-se 658 alunos, com 11 a 16 anos de idade 48.9% do 6º ano, 48.6% do sexo feminino, de 10 escolas das 14 do concelho. Os alunos filhos de pais separados e/ou divorciados apresentam, em média, significativamente mais comportamentos de vitimização total e de agressão total por Bullying, em comparação com os alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados. Na avaliação por tipologias de Bullying, os alunos filhos de pais separados e/ou divorciados manifestam significativamente mais comportamentos de vitimização social e física, e agressão física.

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa Penafiel.

Conclusão: A separação e/ou divórcio parental está associado a significativamente mais manifestações de vitimização e agressão por Bullying. Desconhece-se se a relação será simples ou se outras variáveis estarão a contribuir para esta associação. No entanto o presente artigo possibilita compreender melhor a realidade sobre o Bullying nas escolas de Guimarães e amplia o olhar sobre o fenômeno permitindo a delineação futura de melhores abordagens e de enfrentamento da questão.

Palavras-chave: Bullying. Escola. Agressão. Vitimização. Separação. Divórcio. Pais. Portugal. Guimarães. Multidimensional Peer Victimization Scale.

INTRODUÇÃO

O termo *Bullying* foi originalmente cunhado por Daniel Olweus, um pesquisador norueguês pioneiro na investigação sobre vitimização e agressão por Bullying. De acordo com Olweus “um aluno esta a ser vítima de *Bullying* quando ele ou ela se encontra exposto, de forma repetida e ao longo do tempo, a ações negativas por parte de um ou mais alunos”¹. Segundo Olweus, estamos perante uma ação negativa sempre que “alguém inflige ou tenta infligir, de forma intencional, dano ou desconforto sobre um terceiro”².

Estas ações negativas podem se traduzir em palavras (*Bullying* de tipo verbal), por ameaças, insultos, provocações, praguejar ou comentários ofensivos dirigidos à vítima ou à sua família³. Estamos, ainda, perante uma ação negativa sempre que alguém bate, empurra, belisca ou repreende terceiros, fazendo recurso ao contato físico (*Bullying* de tipo físico)⁴. As ações negativas podem, ainda, ser levadas a cabo sem o uso de palavras ou do contato físico, quando os alunos utilizam as chamadas “caretas”, gestos ofensivos ou quando excluem intencionalmente alguém de um grupo (*Bullying* de tipo social)⁴. Os ataques à propriedade como furto, extorsão ou destruição deliberada de materiais/objetos (*Bullying* de tipo relativo à propriedade) também têm sido identificados como manifestações de *Bullying*⁵.

De acordo com a sua atitude, os alunos associados a Bullying são categorizados em agressores (os autores de *Bullying*) e vítimas (os alvos de *Bullying*). Existem ainda as testemunhas, que podem defender qualquer das partes, sem serem vítimas ou agressores.

O foco da literatura científica sobre *Bullying* tem sido sua prevalência, as características dos envolvidos, a caracterização e descrição das ocorrências, avaliações de intervenções adotadas por instituições e a função protetora da

escola. A tónica dos estudos, via de regra, concentra-se nas características das crianças e dos adolescentes envolvidos com o fenómeno, e poucos investigadores examinaram outras variáveis, explorando pontos mais contextuais e amplos da problemática⁶⁻⁸.

O *Bullying* é um fenómeno complexo, não circunscrito apenas ao ambiente escolar, mas com uma etiologia partilhada por outros contextos. Sabe-se que a família é o primeiro espaço de desenvolvimento do ser humano e onde são internalizadas emoções e padrões de comportamento que serão experimentados noutros lugares de socialização, como a escola⁸⁻¹¹.

Fatores familiares, como influências negativas pelos adultos¹², a falta de envolvimento dos pais¹³⁻¹⁵ e a falta de apoio dos pais¹⁶, foram encontrados em associação com a agressão por *Bullying*. Estudos também descobriram uma associação entre interações familiares negativas, negligência infantil e a vitimização por *Bullying*¹⁷⁻²³. A teoria da vinculação, que levanta a hipótese de que a qualidade da vinculação aos cuidadores afeta as relações interpessoais anos mais tarde²⁴, pode explicar porque a falta de relação e interação entre pais e jovens pode influenciar o comportamento de *Bullying*. Crianças em idade precoce com vínculos seguros com os pais podem relacionam-se mais positivamente com os outros²⁵. Aqueles que não têm vínculos seguros com os seus cuidadores são propensos a desenvolver habilidades sociais pobres, que podem resultar em conflitos entre pares e rejeição pelos pares. A falta de vínculos seguros também pode levar a problemas de comportamento durante infância, como comportamentos agressivos na escola.

A literatura aponta que crianças de famílias divorciadas estão em risco de apresentar problemas de ajustamento²⁷⁻²⁸. Os estudos levados a cabo por Amato²⁹, mostram que crianças de pais divorciados, quando comparadas com crianças que vivem em famílias intactas, exibem indicadores de menor bem-estar, incluindo pior realização académica, ajustamento psicológico, auto-conceito, relações sociais e qualidade de relacionamento com o pai e a mãe. Por outro lado, o autor sinaliza que as crianças que crescem com pais casados têm menos probabilidade de experienciar uma grande variedade de problemas cognitivos, emocionais e sociais, não somente durante a infância, mas também na idade adulta³⁰. Questionando-se sobre a origem dessas diferenças, o autor sugere que as crianças que crescem em famílias estáveis, com ambos os pais, apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida, beneficiam-se de maiores níveis de efetividade parental, coparentalidade, proximidade emocional com ambos os pais e estão sujeitas a menos acontecimentos e situações estressantes.

Ao analisar a relação entre a separação ou divórcio parental e o *Bullying* escolar, este estudo amplia o olhar sobre o fenômeno permitindo a delineação futura de melhores abordagens e de enfrentamento da questão.

OBJETIVOS

Avaliar a influência da separação/divórcio parental na frequência das diferentes tipologias de vitimização e de agressão por *Bullying* nos alunos participantes das escolas públicas de Guimarães.

MATERIAL E MÉTODOS

População e Procedimentos

Estudo transversal e observacional. Contato com as escolas e colheita dos dados de Abril a Junho de 2012. Propôs-se estudar todos os alunos do 6º e do 8º ano de escolaridade, das escolas públicas do concelho de Guimarães. As 14 escolas com estes alunos foram contactadas pela investigadora e equipa de Saúde Escolar. Destas, quatro recusaram participar (por cansaço associado à participação noutros estudos ou sem motivo referido).

Foram avaliados os alunos presentes em 32 turmas do ensino normal. Selecionou-se, em cada das escolas participantes, igual número de turmas (uma ou duas) de cada ano, 6º e 8º, tendo em conta a concordância entre o horário escolar e a disponibilidade da investigadora. Com o consentimento da direção das escolas, dos encarregados de educação e dos alunos, cada estudante preencheu autonomamente um questionário durante a aula de Formação Cívica na presença do professor da disciplina e da investigadora. Foi explicada a todos a importância da colaboração no estudo, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos resultados. De 661 alunos, um recusou participar.

A resposta às questões avaliadas neste estudo requereu cerca de 10 minutos: informações demográficas e o *Multidimensional Peer Victimization Scale*, de Mynard e Joseph³¹ adaptado a Portugal por Veiga³². No entanto, aproveitou-se a ocasião para aplicar também outros questionários, intercalados com os deste estudo, que foram/irão serão utilizados em outros estudos, obtendo-se um tempo total de resposta de cerca de 20 minutos.

Os aspetos éticos referidos por Tuckman³³, direito à privacidade ou à não participação, direito a permanecer no anonimato e direito à confidencialidade, foram respeitados.

Medidas

Medidas demográficas

Os alunos indicaram a sua data de nascimento, idade e sexo. A idade foi avaliada em anos completos no início do ano civil em curso. Registaram a escola e ano de escolaridade. Indicaram se os seus pais se encontravam separados ou divorciados, ou nenhuma destas opções.

Multidimensional Peer Victimization Scale

A *Multidimensional Peer Victimization Scale* (PVS) é um instrumento de avaliação da vitimização e agressão entre pares na escola, recomendado por diferentes autores e utilizado na investigação científica internacional. No estudo da sua adaptação para Portugal, os resultados obtidos apresentaram-se semelhantes aos encontrados noutros países, por diferentes investigadores³¹⁻³⁴. A escala apresenta boas qualidades psicométricas, que a tornam útil na investigação. Divide-se em 2 grupos de dezasseis itens. O primeiro grupo (PVS de Vitimização) é constituído por dezasseis itens relacionados com possíveis maus-tratos de que o aluno tenha sido vítima pelos seus colegas da escola, durante o último mês de aulas e, o segundo (PVS de Agressão), por um questões relacionadas com possíveis maus-tratos que o aluno tenha feito a algum dos seus colegas, durante o último mês de aulas. Em ambos os grupos, trata-se de um conjunto de questões fechadas, com uma escala de (0) *Nunca*, (1) *Uma vez* ou (2) *Duas ou mais vezes*. Os itens ou questões são divididos por 4 dimensões de Vitimização/Agressão a avaliar: física, verbal, social e relativa à propriedade. Cada destas dimensões é avaliada por 4 questões intercaladas.

Usou-se o mesmo critério (duas ou mais vezes no último mês) para as diferentes definições de vitimização/agressão: física, verbal, social e relativa à propriedade.

Análise estatística

Para a análise dos dados foi utilizado o programa informático de tratamento estatístico de dados IBM® SPSS® *Statistics* 21.

Os dados foram validados pela dupla verificação e pesquisa de aberrantes. As opções de “pais separados” e “pais divorciados” foram consideradas em conjunto nos questionários e na análise de dados na categoria designada “pais separados e/ou divorciados”. Qualquer outro estado civil não foi discriminado nos questionários, e portanto foi considerada outra categoria à qual se designou de “pais não separados e/ou divorciados”, para efeitos de análise estatística e apresentação de dados.

Os dados são apresentados em termos de estatística descritiva e as diferenças entre médias foram analisadas usando o teste *U* de Mann-Whitney. Usou-se um nível de significância de 0.05.

RESULTADOS

Das 14 escolas com ensino básico do concelho, 4 recusaram participar. Deste modo, foram distribuídos 661 questionários a alunos do 6º e 8º ano de 32 turmas de 10 escolas básicas do concelho de Guimarães. Um aluno recusou participar e dois dos questionários foram preenchidos de forma incompleta e portanto excluídos. A amostra consistiu, portanto, em 658 alunos e é representativa da população em estudo.

Dos 658 alunos, 338 (51,4%) eram do sexo masculino e 320 (48,6%) do sexo feminino. Relativamente ao ano escolar, 322 (48,9%) alunos frequentavam o 6º ano e 336 (51,1%) alunos frequentavam o 8º ano. Os alunos tinham idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, sendo a média de idades de 12,6 com desvio padrão de 1,25.

A amostra revela que 562 (85,4%) dos participantes são alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados e que 96 (14,6%) alunos são filhos de pais separados e/ou divorciados.

A análise estatística revela que existem 202 alunos não agressores filhos de pais não separados e/ou divorciados e 31 alunos não agressores filhos de pais separados e/ou divorciados. Por outro lado, verifica-se que existem 360 alunos considerados agressores que são filhos de pais não separados e/ou divorciados e 65 alunos agressores filhos de pais separados e/ou divorciados.

A análise de comparação entre médias revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados no que concerne à vitimização física, na qual os alunos filhos dos primeiros obtêm valores médios mais elevados do que os alunos filhos dos segundos. Verificam-se

também diferenças significativas entre os dois grupos de alunos supracitados no que diz respeito à tipologia de vitimização social e à vitimização total, com um nível de significância de $p < 0.05$ (Tabela 1). Os resultados demonstram que não existem diferenças significativas entre alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados no que concerne às tipologias de vitimização relativa a propriedade e vitimização verbal, sendo o nível de significância $p > 0.05$ (Tabela 1).

TABELA 1

Análise descritiva e comparação das tipologias de vitimização por Bullying entre as categorias de alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados

	Pais não separados e/ou divorciados (n=562)		Pais separados e/ou divorciados (n=96)		p
	M	D-P	M	D-P	
VF	0.49	1.10	0.83	1.47	*
VRP	0.77	1.44	1.01	1.55	NS
VV	1.91	2.15	2.49	2.51	NS
VS	1.07	1.73	1.51	2.01	*
VT	4.24	5.07	5.84	6.06	*

Nota. VF=vitimização física; VRP=vitimização relativa a propriedade; VV=vitimização verbal; VS=vitimização social; VT=vitimização total; n=número de alunos; M=média; D-P=desvio padrão; **=valor de $p < 0.01$; *=valor de $p < 0.05$; NS=Não significativo ($p > 0.05$).

A análise relativa à agressão por *Bullying* demonstra que existem diferenças significativas entre alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados no que diz respeito à agressão física, na qual os alunos filhos dos primeiros apresentam um valor médio superior ($p < 0.01$). Também se verificam diferenças entre ambos os grupos de alunos no que concerne à análise da agressão total por *Bullying*, embora seja a um nível de significância de $p < 0.05$. No que respeita às restantes tipologias de agressão por *Bullying* (verbal, social e relativa à propriedade) não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre os alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados (Tabela 2).

TABELA 2

Análise descritiva e comparação das tipologias de agressão por Bullying entre as categorias de alunos filhos de pais separados e/ou divorciados e alunos filhos de pais não separados e/ou divorciados

	Pais não separados e/ou divorciados (n=562)		Pais separados e/ou divorciados (n=96)		p
	M	D-P	M	D-P	
AF	0.51	1.10	1.08	1.66	**
ARP	0.18	0.66	0.21	0.65	NS
AV	1.34	1.66	1.61	1.86	NS
AS	0.43	0.86	0.64	0.99	NS
AT	2.45	3.34	3.54	3.93	*

Nota. AF=agressão física; ARP=agressão relativa à propriedade; AV=agressão verbal; AS=agressão social; AT=agressão total; n=número de alunos; M=média; D-P=desvio padrão; **=valor de $p < 0.01$; *=valor de $p < 0.05$; NS=Não significativo ($p > 0.05$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugerem que o estado civil parental terá influência na manifestação de comportamentos de *Bullying* mas não exclusivamente numa dimensão: vitimização ou agressão, uma vez que ambas se encontram com valores significativamente mais expressivos nos alunos filhos de pais separados e/ou divorciados. Desconhece-se de que fatores dependerá a manifestação de uma ou de outra dimensão de *Bullying*. Ou seja, porquê alguns alunos filhos de pais separados e/ou divorciados são vítimas de *Bullying* enquanto que outros são agressores por *Bullying*. Este estudo, sendo transversal, não indica causas ou como evolui no tempo o fenómeno. Poderá ser o crescimento, aumento de idade e ano de escolaridade que provoca alterações de comportamentos. Poderá também depender de fatores tais como, qual o progenitor permanente, temperamento da criança, ambiente familiar, educação, história de violência doméstica... Este estudo aponta que os comportamentos de *Bullying* mais significativamente presentes nos alunos filhos de pais separados e/ou divorciados são a vitimização social e física e a agressão física. Estas diferenças entre os tipos de vitimização e agressão podem dever-se à existência de agressores com mais de uma vítima e vítimas com mais de um agressor. Adicionalmente, algumas vítimas e agressores, dos alunos avaliados, não terão participado neste estudo, por, por exemplo, serem de outras turmas ou de outros anos escolares.

Tendencialmente, chega-se à conclusão de que o divórcio pode acarretar efeitos negativos no ajustamento da criança na escola, no que diz respeito a comportamentos de *Bullying*. No entanto, a separação e/ou divórcio parental não pode ser considerada único responsável pela qualidade do ajustamento da criança. Manutenção do bem-estar financeiro da família, ajustamento psicológico dos pais, coparentalidade positiva e resolução de conflitos interparentais, em situações de separação e/ou divórcio parental, são dimensões importantes que não tiveram lugar na avaliação por este estudo.

CONCLUSÃO

O presente artigo pretendeu enunciar e refletir sobre o impacto da separação e/ou divórcio parental na manifestação de comportamentos de *Bullying*. Assim, conclui-se que a separação e/ou divórcio parental está associado a significativamente mais manifestações de vitimização e agressão por *Bullying*. Desconhece-se se a relação será simples ou se outras variáveis estarão a contribuir para esta associação. No entanto o presente artigo possibilitou compreender melhor a realidade sobre o *Bullying* nas escolas de Guimarães. Os conhecimentos e diferenças apresentados podem ser utilizados como fonte de hipóteses para futuros estudos e podem ser úteis para a elaboração de políticas locais de intervenção adequadas e direcionadas para as características dos alunos em causa e não somente baseados em experiências de outros países.

AGRADECIMENTOS

A autora agradece aos Enfermeiros de Saúde Escolar de Guimarães, do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Ave, a ajuda nos contatos e articulação com as escolas, possibilitando o estudo em tempo útil. Agradece à Dr^a Helena Beatriz Martins, assistente de Saúde Pública no ACES do Alto Ave, o apoio e ajuda prestada.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Olweus, D. (2005). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishing.

- 2 Silva, M., Pereira, B., Mendonça, D., Nunes, B., & Oliveira, W. (2013). The involvement of girls and boys with bullying: An analysis of gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 6820-6831.
- 3 Smith, P. (s/d). *Don't suffer in silence – An anti-bullying pack*. London: Goldsmith College.
- 4 Olweus, D. (2005). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishing.
- 5 Seixas, S. (2005). Violência escolar: Metodologias de identificação dos alunos agressores e/ou vítimas. *Análise Psicológica*, *XXIII*(2), 97-110.
- 6 Freire, N. (2012). A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do Bullying. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, *16*(1), 55-60. São Paulo.
- 7 Hong, S. (2012). A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *17*(4), 311-322.
- 8 Oliveira, W. (2013). Bullying e família: Uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Educere*, 28904-28914.
- 9 Lee, H. (2012). Functions of parental involvement and effects of school climate on bullying behaviors among South Korean middle school students. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(12), 2437-2464.
- 10 Bronfenbrenner, U. (2011). *A ecologia do desenvolvimento humano: Tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artes Médicas. 310p.
- 11 Nicholson, A. (2008). Choose to hug, not hit. *Family Court Review*, *46*(1), 11-36.
- 12 Espelage, L. (2001). Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: An examination of potential demographic, psychosocial, and environmental influences. *Violence and Victims*, *16*, 411-426.
- 13 Barboza, E. (2009). Individual characteristics and the multiple contexts of adolescent bullying: An ecological perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 101-121.
- 14 Flouri, E. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*, 634-644.
- 15 Georgiou, S. N. (2009). Personal and maternal parameters of peer violence at school. *Journal of School Violence*, *8*, 100-119.
- 16 Holt, K. (2007). Perceived social support among bullies, victims, and bully-victims. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*, 984-994.
- 17 Duncan, D. (2004). The impact of family relationships on school bullies and victim. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* (pp. 227-244). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 18 Spriggs, A. L. (2007). Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: Commonalities and differences across race/ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, *41*, 283-293.
- 19 Bolger, E. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, *72*, 549-568.

- ²⁰ Duncan, D. (1999). Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bullying victimization, and psychological distress. *Child Maltreatment*, 4, 45-55.
- ²¹ Schwartz, D. (1997). The early socialization of aggressive victims of bullying. *Child Development*, 68, 665-675.
- ²² Shields, A. (2001). Parental maltreatment and emotional dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 349-363.
- ²³ Yodprang, B. (2009). Bullying among lower secondary school students in Pattani Province, Southern Thailand. *Asian Social Science*, 5, 46-52.
- ²⁴ Monks, P. (2009). Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory. *Aggressive and Violent Behavior*, 14, 146-156.
- ²⁵ Kennedy, H. (2004). Attachment theory: Implication for school psychology. *Psychology in the Schools*, 41, 247-259.
- ²⁶ Amato, R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *J Fam Psychol*, 15, 355-70.
- ²⁷ Schick, A. (2002). Behavioral and emotional differences between children of divorce and children from intact families: Clinical significance and mediating processes. *Swiss J Psychol*, 61, 5-14.
- ²⁸ Lansford, E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce. *J Fam Psychol*, 20, 292-301.
- ²⁹ Amato, R. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 110, 26-46.
- ³⁰ Amato, R. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *Future Child*, 15, 75-96.
- ³¹ Mynard, H., & Joseph, S. (2000). Development of the Multidimensional Peer Victimization Scale. *Aggressive Behavior*, 26, 169-178.
- ³² Veiga, F. H. (2000). *Adaptação da "Multidimensional Peer Victimization Scale" para Portugal*. Apresentação na XIII Conferência Internacional sobre "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos". Braga: Universidade do Minho.
- ³³ Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ³⁴ Balogun, S. K., & Olapegba, P. O. (2007). Cultural Validation of the Multidimensional Peer Victimization Scale in Nigerian Children. *Journal of Cross – Cultural Psychology*, 38, 573-381.

ABSTRACT

Introduction: Bullying is complex phenomenon which is not just limited to the school environment, but shares its etiology with other contexts. As the family is the first place of human development, changes in its structure, like parental separation and/or divorce, may result in changes on emotions internalization and behavior patterns of children, which will be experienced in other places of socialization such as school.

Objectives: To evaluate the influence of parental separation and/or divorce in the manifestation of behaviors of victimization and aggression by bullying among participating public school students of Guimarães.

Methods: An equal number of classes of the 6th and 8th year in public schools was selected in the municipality of Guimarães, Portugal. The students autonomously completed a questionnaire with demographic information and the Multidimensional Peer Victimization Scale adapted to Portugal. Descriptive and analytical statistical techniques were used to analyze the data.

Results: 658 students were evaluated, 11-16 years of age (mean 12.6, median 13), 48.8% of 6th year, 48.8% female, from 10 out of the 14 schools in the county. The children of separated and/or divorced parents, had, on average, significantly more overall behaviors of victimization and aggression by Bullying, compared to students whose parents are not separated and/or divorced. When analyzed by types of bullying, children of separated and/or divorced parents expressed significantly more behaviors of social and physical victimization, and physical aggression.

Conclusion: Parental separation and/or divorce is associated with significantly more manifestations of aggression and victimization by bullying. It is unknown whether the relationship is simple or if other variables are contributing to this association. However this article allow a better understanding about the reality of Bullying in Guimarães schools and expands the vision of the phenomenon allowing a delineation of better approaches in the future in order to face the issue.

Key-words: Bullying. School. Aggression. Victimization. Separation. Divorce. Parents. Portugal. Guimarães. Multidimensional Peer Victimization Scale.

INCIDÊNCIAS DA TRANSMISSÃO DOS TRAÇOS DE CULTURA NO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE MIGRANTE

Viviani Carmo-Huerta *
Marie-Rose Moro **

RESUMO

No presente artigo iremos discutir as incidências da transmissão dos traços de cultura no processo de subjetivação da criança e do adolescente migrante. A transmissão atribui um lugar para o jovem sujeito, que se reconhece numa história narrativa passada e futura, o que lhe permite re-significar sua inscrição no presente. A eficácia da transmissão é o que irá possibilitar a articulação, não contraditória, entre o lugar que o jovem sujeito ocupa numa ficção parental e o campo das suas afiliações num laço social sustentado por uma dupla cultura.

Palavras-chave: Clínica transcultural. Psicanálise. Transmissão. Criança e adolescência. Imigração.

As marcas do exílio são carregadas não apenas pelos homens e mulheres que tiveram que escolher o deslocamento, elas também estão presentes em seus filhos, nascidos ou não no país de destino. Muitas vezes o deslocamento é traumático, é vivido como rutura, é imposto pela violência das guerras, pela violência da fome e do dinheiro, pela violência das mudanças climáticas de ordem planetária. Entre o passado difícil no país de origem e o futuro ansiado

* Professora de psiquiatria da criança e do adolescente, Universidade Paris Descartes. Chefe de Serviço da Maison des adolescents de Cochin e do serviço de psicopatologia da criança e do adolescente do hospital Avicenne, Bobigny, AP-HP. Diretora da revista transcultural L'autre.

** Pós-Doutoranda USP/Paris V. Doutora em Psicologia Clínica. Pesquisadora do Laboratório Psicanálise e Sociedade, USP-Brasil. Membro do Laboratório «Clinique Transculturelle et immigration», Universidade Paris V Descartes e da Unidade Inserm U669. Apoio FAPESP.

no país de destino, instala-se um presente repleto de dificuldades administrativas para a concessão de documentos, instala-se o assustador abismo da língua. O imigrante muitas vezes sente vergonha, se sente impotente e infantilizado; se isola, o que favorece os estados de padecimento psíquico. A esses homens e mulheres em exílio geográfico, o desafio do pertencimento em terra estrangeira. Aos seus filhos, o desafio da inscrição num outro universo diferente daquele de seus pais: crescer entre duas línguas, entre duas culturas, entre o *lá* e o *aqui*. Dificuldades que podem transformar o exílio geográfico em exílio subjetivo.

Moro¹ aponta três momentos de maior vulnerabilidade subjetiva para crianças e adolescentes migrantes: o primeiro ano de vida em que a relação mãe-bebê é extremamente delicada e frágil, o início da aprendizagem escolar e a adolescência. Em nossas pesquisas², constatamos a importância de quatro aspectos fundamentais para a subjetivação desses sujeitos: o aspecto imaginário, ou seja, o lugar que ocupam na ficção familiar; a inscrição simbólica, ou seja, a eficácia da transmissão dos traços de cultura; as afiliações construídas em relação ao país de origem, ou seja, os laços dos sujeitos numa cultura ou sociedade específica e a afiliação dos sujeitos no país de acolhida. Uma aliança se instaura entre as formas de padecimento psíquico dessas crianças e adolescentes e a vulnerabilidade em qualquer um dos quatro aspectos fundamentais para a subjetivação. Da mesma forma como certas potencialidades se evidenciam nos sujeitos quando as condições e interações entre os quatro aspectos acima citados puderam ser atendidas. Martine Menès (2013) em seu livro intitulado “*L’enfant et le savoir. D’où vient le désir d’apprendre?*” afirma,

“A apropriação dos saberes coletivos e universais se faz sobre a base dos saberes pessoais que provém das experiências singulares de cada um, mas também sobre a base da transmissão de um saber sobre suas origens e suas raízes. Uma vez instalado na sua história, o sujeito pode, do lugar que lhe foi atribuído, olhar e interrogar o mundo que lhe cerca. Mas quando ao contrário, ele não pode se instalar, corre o risco de errar em sua própria história e não ter a base necessária para se interessar a outra coisa do que se apresenta aqui e agora, sem passado, sem futuro, no instante impensado do presente imediato. Este é o caso de inúmeras crianças arrancadas de sua cultura ou lançadas entre diversos modelos, as vezes contraditórios” (p. 43 trad. nossa).³

Como dissemos, a transmissão atribui um lugar para o jovem sujeito, que se reconhece numa história narrativa passada e futura, o que lhe permite re-

significar sua inscrição no presente. Para fins deste artigo, iremos investigar as incidências da transmissão dos traços de cultura no processo de subjetivação do adolescente migrante. A eficácia da transmissão é o que irá possibilitar a articulação, não contraditória, entre o lugar que o jovem sujeito ocupa numa ficção parental e o campo das suas afiliações num laço social sustentado por uma dupla cultura. Por fim, iremos trazer o caso de Nmaira, uma adolescente senegalesa de 17 anos, atendida em nosso dispositivo clínico transcultural do Hospital Avicenne, que no decorrer do atendimento, foi capaz de se construir numa dupla cultura e sair da sideração instalada pelos não-ditos da transmissão materna.

O PERCURSO MIGRATÓRIO DAS FAMÍLIAS

Diante de um novo mundo inóspito, o sujeito em situação de migração, muitas vezes, busca o isolamento. As dificuldades encontradas para realizar as tarefas do dia-a-dia acabam produzindo efeitos de infantilização e conduzem ao isolamento social. O sujeito se sente incapaz, desamparado, *sem palavras*. O sujeito em exílio é confrontado a uma temporalidade entrecortada: possui o passado, herança de sua terra natal, e o futuro, que é experimentado como um projeto em espera. O presente é um tempo desorientado, traumático, difícil a ser vivido na medida em que os recursos simbólicos do passado não são eficazes para garantir a existência do sujeito como pertencimento ao novo mundo.

Para poder se orientar no presente como instância temporal criativa e não traumática, o sujeito deve ser capaz de colocar em movimento sua história passada, fazendo um trabalho de construção – reconstrução do vivido⁴. O sujeito em situação de migração, principalmente no caso dos deslocamentos compulsórios, pode se encontrar, ora fixado no tempo passado, colado às experiências da terra natal; ora, no caso das violências sofridas no país, esse tempo anterior pode vir a ser apagado da experiência. Em ambos os casos, a construção de um laço presente fica comprometida. Aulagnier (1989) alerta que para poder investir o tempo presente, o sujeito deverá buscar alguns pontos de ancoragem, representações simbólicas seguras. Nos diz,

“Esta é uma condição para que o sujeito adquira e tenha a certeza de que é autor de sua própria história, e de que todas as reviravoltas pelas quais irá passar, não colocarão em risco este núcleo permanente,

singular que será transmitido de capítulo em capítulo, para tornar coerente e sensata sua história narrativa” (p. 192, trad. nossa).*

Essa vulnerabilidade psíquica na qual o sujeito em situação de imigração pode se encontrar, será capital para a construção subjetiva de seus filhos. Estranha afirmação que alguns estudos (Moro⁵; Bentolila⁶) puderam constatar, a de que os filhos de migrantes nascidos no país de origem e os nascidos já no país de destino (a chamada, “segunda geração”) encontrariam as mesmas dificuldades em construir laços estáveis, para além do comunitarismo identificatório, e carregariam consigo as marcas da vulnerabilidade de seus pais. Moro⁵ aponta que haveriam três momentos importantes da vida dessas crianças migrantes, ou filhas de migrações, onde essa vulnerabilidade psíquica pode deixar suas marcas e afetar sua construção subjetiva:

“O primeiro momento (...) é o da fase pós-natal, onde mãe e bebê devem se adaptar um ao outro. O segundo período crítico aparece no momento das grandes aprendizagens escolares, cálculo, leitura e escritura, momento de inscrição da criança na sociedade de acolhida. O terceiro período é, inegavelmente, a adolescência que traz à tona a questão da filiação e do pertencimento”⁵ (p. 55).

Devemos aqui, nos debruçar rapidamente sobre o processo de subjetivação da criança e do adolescente, para pensarmos os riscos que as ruturas e os traumas de uma história migratória podem trazer aos sujeitos. Diremos haver quatro aspectos fundamentais a subjetivação, a saber, o lugar que as crianças ocupam numa ficção familiar, a eficácia da transmissão dos traços de cultura e as afiliações no país de origem familiar e no país de acolhida.

LUGAR NUMA FICÇÃO FAMILIAR

Freud⁷, a partir de 1914, no texto *Pour introduire le narcissisme*, se debruça sobre a questão da identificação e da formação do *eu*, em sua necessária relação de confrontação com o objeto, *outro*. Até então, ele havia elaborado no ensaio *Trois essais sur la théorie de la sexualité*⁸, uma teoria do ultrapassamento da etapa autoerótica, caracterizada pela fragmentação do corpo

* Do original: “C’est là une condition pour que le sujet acquière et garde la certitude qu’il est bien l’auteur de son histoire et que les remises en formes qu’elle va subir ne mettront pas en danger cette part de permanente, de singulier qui devra se transmettre de chapitre en chapitre, pour rendre cohérent et sensé le récit qui s’écrit.” (Aulagnier, 1989, p. 192).

próprio não diferenciado do corpo do outro, pela fase narcísica. Podemos afirmar que a partir desta construção teórica de 1914, uma teoria do sujeito passou a fazer parte da teoria freudiana. A partir de então, o psicanalista ira se centrar sobre um movimento de externalização do eu, a busca de um objeto no mundo externo que tente recuperar a sensação perdida da primeira satisfação, outrora alcançada pelos cuidados e o amor obtidos com a primeira pessoa a ter-se ocupado da criança. Assistimos, então, a passagem de um eu todo-poderoso e autossuficiente, fundado numa relação de continuidade e de similitude radical com um outro parcial, à uma relação de descontinuidade eu-outro, onde o corpo do outro se apresenta fazendo corte ao corpo próprio, e se impondo enquanto diferença e descontinuidade. A etapa narcísica inaugura a dialética intersubjetiva na teoria freudiana. “É do encontro com o olhar totalizador da mãe que um “eu” pode ser estruturado”⁹.

Lacan irá privilegiar a entrada da criança no campo pré-existente da linguagem. Pai e mãe irão inscrever o novo ser no simbólico pela atribuição de um lugar não-anônimo no desejo do casal parental. Antes mesmo de nascer, esse novo ser já é falado por seus pais, que projetam nele seus anseios, seus sintomas. Lhe atribuem um nome e lhe inscrevem numa filiação. A mãe irá interpretar o choro de sua criança: “Tem fome!”, “Não está-se sentindo bem! Como nos lembra Jerusalinsky¹⁰, “(...) este é o campo da linguagem, isto quer dizer que o que se faz com um bebê, de colocá-lo numa série significativa, é o produto de uma série de interpretações” (p. 54). Ou seja, trata-se de atribuir sentido cultural ao comportamento biológico do bebê, transformando seu corpo, num corpo atravessado pela linguagem. Jerusalinsky dirá que as mães não são descritivas, mas interpretativas.

TRANSMISSÃO E O DESEJO PELO SABER DIANTE DOS NÃO-DITOS DA IMIGRAÇÃO

Já a adolescência, é um tempo em que o sujeito deve se afastar dos ideais parentais, das primeiras identificações, ao mesmo tempo se apropriando, e se separando, de forma singular, daquilo que lhes foi transmitido. Com a chegada da puberdade, as moções pulsionais adormecidas do período de latência da sexualidade infantil, serão reativadas na adolescência; e, com elas, serão também reativados os interditos que impedem a realização da satisfação sexual que reivindica o sujeito. O sujeito adolescente acorda inscrito num cenário de frustração, onde anteriormente encontrava-se adormecido numa promessa de

satisfação. Desta forma, vemos como o adolescente é confrontado ao real da perda do objeto, devendo buscar no campo do Outro, o amor anseado; algo que transporta o adolescente em direção à cena social. Para a psicanálise, a questão adolescente se atualiza com a desestabilização da imagem do corpo próprio, garantido até então, pelo olhar da mãe e pela confrontação com o outro e a cultura. Para que esta passagem seja sem riscos para o sujeito adolescente, esse processo de identificação/separação deverá ser mediado pela eficácia da transmissão.

Os processos de identificação, para posterior separação com os ideais parentais, possível graças a transmissão, se encontram intimamente relacionados na construção subjetiva da criança e serão reativados com a chegada da adolescência. O discurso adolescente virá para denunciar a vulnerabilidade desse registro identificação/transmissão quando um dos dois falha no casal parental. Como veremos com Hassoun, a identificação diz do movimento de incorporação de imagens, a transmissão diz de um movimento de separação, de apropriação e de diferenciação extremamente importantes para a autonomia adolescente. De acordo com o autor:

“A identidade remonta a uma série de imagens externas e internas que fazem, por exemplo, que um indivíduo seja capaz de olhar e entender, sem ponto de descontinuação, sua aparência particular. A identificação é muito mais singular. Nela, o sujeito se identifica a algumas marcas que faz suficientemente suas, para não ser condenado a ostentação. Esse processo remonta ao que chamamos, a simbolização (...)”¹¹ (p. 54, trad. nossa).

Tanto na infância, quanto na adolescência, a escola irá desempenhar um papel fundamental no processo de separação da criança da cena íntima familiar, possibilitando sua ascensão à cena social, como sujeito singular. Para isso, o sujeito deverá se amparar na transmissão dos representantes simbólicos parentais, ao mesmo tempo que deverá deles se distanciar: construindo com eles, um estilo próprio. Trata-se aqui, do segundo aspeto fundamental à subjetivação, a saber, a inscrição no mundo da cultura. De acordo com Hassoun (2002), a dimensão da transmissão dos traços de cultura diz de uma questão que é colocada às gerações anteriores, é o ato por excelência que situa o sujeito num “movimento de continuidade e descontinuidade que funda a genealogia (...), o que se transmite se constitui como criação”¹² (p. 110). Tal é o caso dos filhos de migrantes que foram há anos alimentados pela cultura de um dos seus pais. Em muitos casos, o bilinguismo destas crianças não pôde ser bem instalado pelo peso minoritário de uma das duas culturas. Mas, basta que

cheguem no país distante que, como num passe de mágica, tudo se instala: as músicas, os alimentos, a língua. Nestes casos, vemos como uma transmissão foi anteriormente firmada; é isso que irá permitir que essas crianças possam viver numa dupla cultura de forma contínua e integrada.

Na adolescência, a importância da transmissão reside ainda no seu papel de baliza segura para que o jovem sujeito possa se reconhecer sem descontinuar após o movimento de separação do outro familiar, representado pelas gerações precedentes. Pensar na função de transmissão do saber nos remete ao estatuto do Outro, do social, da experiência, garantidor do sentido. É essa operação que se encontra em perigo no caso das famílias migrantes, pois seus filhos deverão se construir, muitas vezes, na descontinuidade evidente entre os ensinamentos do mundo familiar e os do mundo exterior.

O CAMPO DAS AFILIAÇÕES

Como dissemos, na adolescência as dificuldades se acentuam e se somam a já difícil transição, sobretudo no que concerne a construção identitária, sempre tributária dos efeitos do olhar do Outro. O adolescente filho de migrante pode se encontrar mais uma vez desamparado, uma vez que essas duas figuras, representantes de dois mundos, familiar e exterior, podem não ser portadoras dos mesmos representantes discursivos que suportam os vínculos sociais. O adolescente poderá se confrontar com a desqualificação social da família migrante e de sua falta de perspectivas de inscrição em um laço minimamente indicador de participação positiva no campo social¹³.

Ao falarmos de inscrição no campo social, fazemos referência ao campo das afiliações: afiliação dos pais em seu país de origem e afiliação no país de acolhida do migrante. No caso das guerras, o lugar parental no país de origem pode ser abalado pelos traumas ligados às situações violentas. As ruturas das guerras, o desenraizamento brutal dos sujeitos, a destruição dos lugares de cultura, não serão sem efeitos sobre as famílias. As afiliações no país de acolhida, ou melhor, o lugar que é destinado ao imigrante no imaginário social do novo país, pode também dificultar a construção subjetiva de suas crianças e dificultar a transição da passagem adolescente. O sujeito é afetado pelo discurso social e o lugar que lhe é destinado no campo social não é sem efeitos para sua subjetividade. O imaginário social associa, na maioria das vezes, o lugar do imigrante ao do “estrangeiro”, ao do “estranho” e do “criminoso”, e o sujeito é confrontado ao discurso racista, xenofóbico e preconceituoso. De

acordo com Carmo-Huerta e Rosa¹³, a possibilidade de romper com a posição de *resto do social*, difundida pelo discurso social hegemônico que aliena o sujeito imigrante confrontado em seu cotidiano com a pobreza, segregação e com a violência do racismo, deve fazer parte da clínica e compor sua função ética e política. Nosso processo terapêutico deve ser capaz de restituir aos sujeitos um lugar positivo no campo social, contra o ressentimento, a clivagem cultural e a exclusão.

A seguir, veremos o caso de Nmaira, uma adolescente de 17 anos, confrontada ao impossível da transmissão dos traços de cultura materna. Nossa hipótese é que a transmissão atribui um lugar, para além do presente imediato, ao jovem sujeito que se reconhece numa história narrativa passada e futura. Nmaira não havia sido instalada no discurso parental e foi confrontada aos não-ditos da transmissão materna: o processo identificatório foi comprometido e a construção numa dupla cultura foi impossibilitada.

NMAIRA, UMA JOVEM FACE AO IMPOSSÍVEL DA TRANSMISSÃO CULTURAL MATERNA

Nmaira chega na consulta acompanhada de seus pais. A jovem beneficia de um atendimento num serviço que concilia tratamento terapêutico e estudos**. Nmaira tem 17 anos, e é a filha mais nova de uma família de três filhos. Seu pai é do sul do Senegal e sua mãe vem do norte do país. Seu pai relata tranquilamente as idas e vindas de sua história migratória e as vicissitudes familiares. A mãe de Nmaira fala pouco, perdeu o pai ainda criança e foi criada por sua mãe e sua avó. Nmaira irá guardar da história materna, apenas a imagem de sua avó *peule*, de pele branca, da qual ela carrega o mesmo nome.

A consulta em psicoterapia transcultural é proposta pelo psiquiatra que acompanha a jovem nesse centro. A violência da mãe em direção a seus irmãos e contra seu pai, leva a saída de casa do marido e da adolescente. Nossas consultas serão em Bambara, língua materna da família, e para isso iremos contar com a presença de um intérprete, pois a jovem compreende muito pouco a língua de seus pais. Ela foi encaminhada a um centro tratamento terapêutico e

** Os centros de “tratamento-educação” foram criadas na França para responder as necessidades específicas de certos adolescentes e jovens adultos doentes ou em situação de dificuldade familiar. Esses centros propõem um atendimento que irá associar cuidado médico e estudos regulares. De acordo com o site http://www.fsef.net/delia-CMS/offre_scolaire/topic_id-95/le-soins-etudes.html: os serviços médicos e pedagógicos participam a uma “aliança terapêutica” que define o lugar pedagógico como parte integrante do processo terapêutico.

estudos, pois seus sintomas apareceram inicialmente no âmbito escolar: sintomas de confusão, dúvidas excessivas, falta de confiança em si mesma, dificuldades de concentração e de aprendizagem.

Nmaira é uma bela adolescente visivelmente em dificuldade com a imagem que faz do seu próprio corpo. Ela nos dirá, nessa primeira consulta, que na infância amava andar sobre linhas brancas na tentativa de clarear sua cor de pele. Ela hoje nos diz “preferir ser negra do que ser branca”, mas completa dizendo se sentir ainda “*pouco à vontade na sua própria pele*”. Em nosso segundo encontro, ela acaba nos explicando seu modo de apreender seu corpo próprio: num exercício de separação das diversas partes do corpo, que ela vai colocando em relação, uma a uma, com os traços de identificação da família paterna. Num movimento de introjeção e de separação, próprio da passagem adolescente, ele faz uma tentativa de construir uma imagem de si ligada a herança familiar, e ao mesmo tempo, tentando separar os traços originais, singulares, construídos graça ao modo sempre autêntico de separação dos ideais familiares. No entanto, a dificuldade de compor todos esses traços, transmitidos e reinventados, é flagrante em seu relato.

Nmaira procura entender as razões da violência materna nas vivências familiares de sua mãe. Mas diante de sua demanda, de sua vontade de saber, sua mãe responde: “*Não se pergunta à própria mãe de onde ela vem!*” Sabemos como o discurso adolescente pode ser desestabilizante quando encontra no campo do Outro familiar a inconsistência no campo da verdade, uma falha ou um não-dito na transmissão geracional. Diremos que a interpelação do sujeito adolescente é um convite à criação de um saber novo, que rompa e denuncie o sintoma familiar. O discurso de Nmaira é o exemplo desta busca. No curso das consultas transculturais, a mãe de Nmaira será capaz de *contar* sua história a filha, mesmo se apenas em *pequenas doses*. De acordo com Hassoun, “(...) esta persistência dos traços de cultura que provém do laço social, nos inscreve numa continuidade e nos dá garantias de que não seremos confrontados a cada geração, com o novo, com aquilo que estaria desinserido daquilo que lhe precede. Pois é na luz deste passado que poderemos reconhecer e encarar a descontinuidade”¹¹ (p. 79, trad. nossa).

A transmissão é o que garante que neste duplo movimento de identificação/separação, nem a angústia, nem a violência irá se instalar no espaço deixado vazio pelos não-ditos familiares. No presente caso, uma espécie de desafiliação geracional insiste do lado materno, participando da construção sintomática da filha: confusão, dúvidas excessivas, falta de confiança em si mesma, dificuldade de concentração e de aprendizagem.

Com o decorrer dos atendimentos, Nmaira foi capaz de construir uma tentativa para sair do impasse instalado pela descontinuidade entre dois mundos. Nmaira nos fala de seu desejo de partir ao Senegal, país de suas origens. O projeto desta viagem começa a ser trabalho coletivamente pela família no grupo transcultural, com a participação do psiquiatra do centro de tratamento e estudos. O grupo terapêutico transcultural propõe à adolescente a construção de uma árvore genealógica, unindo a linhagem paterna e materna. O desenho começa a ser feito na própria consulta; os nomes e os prenomes das famílias aparecem, e com eles, a história da cada vida: data de nascimento, dia da morte, etc. A mãe de Nmaira participa ativamente do exercício, sua memória revive. A história da família acaba por encontrar a história coletiva da colonização. As duas culturas se encontram, França e Senegal. Durante sua viagem, Nmaira terá como objetivo preencher, com as histórias de vida de cada um, os espaços dos nomes de família que ficaram vazios na árvore genealógica familiar, pelo esquecimento parental. Com o decorrer desta consulta, esses espaços vazios-esquecidos vão se transformando numa espécie de enigma a ser decifrado por Nmaira durante sua viagem, e isto começa a transformar sua relação com o saber.

A partir das contribuições de inúmeros estudos (Moro, Nathan, etc.), conhecemos os riscos transculturais para a subjetivação de crianças e adolescentes filhos de migrantes, quando a experiência do deslocamento parental é vivido como desenraizamento e rutura entre dois mundos: crescer entre duas línguas, entre duas culturas, entre o *lá* e o *aquí*. A criança filha de migrante deverá ser capaz de se construir a despeito da descontinuidade entre os ensinamentos do mundo familiar e os do mundo social. Na adolescência, o jovem sujeito irá se separar dos ideais parentais, ao mesmo tempo se apropriando, de modo singular, daquilo que lhe foi transmitido. De acordo com Moro¹,

“(…) as famílias migrantes vivem num universo cultural “bricolado” que conhecemos ainda mal as lógicas antropológicas que lhes organizam, mas que integra elementos dos dois sistemas culturais com pregnância de esquemas culturais originários, no que concerne o sentido da doença e das maneiras de cuidar das crianças, mas também um apagamento de uma parte deste sistema cultural primeiro. O todo (desse universo “bricolado”) é precário, com risco de confusão entre as diversas categorias”¹ (p. 87).

O adolescente filho de migrante pode acabar se desarrimando do laço social quando o universo cultural familiar e o universo social do país de destino

portam um discurso antinômico. O jovem sujeito poderá se sentir incapaz, desamparado, sem palavras quando o discurso social desqualifica a família migrante ou quando lhe recusa um pertencimento positivo no campo social. Podemos afirmar que todo exílio geográfico pode se transformar em exílio subjetivo quando os laços coletivos do país de destino são portadores de desqualificação e atribuem à família migrante um lugar de *resto* do social, ou ainda um não-lugar no *socius*.¹³

Na consulta seguinte, após o retorno de Nmaira, o terapeuta principal aponta que a adolescente fala de um modo interessante, como se a língua francesa tivesse sido alimentada e fortificada pelas “coisas” do país e pela língua parental. O bambara, língua áspera e misteriosa, que antes amedrontava a jovem, pois estava relacionada a violência do não-dito materno, pode ser re-significada enquanto língua que nutre. Viagem ao Senegal, viagem de passagem, viagem iniciática para Nmaira: de uma língua a outra, de uma cultura a outra, de uma posição subjetiva a outra. De acordo com Moro (2013), a “iniciação não é apenas a inscrição numa filiação (aquela dos homens iniciados), mas também uma afiliação – inscrição no mundo cultural no qual se pertence, e submissão a um saber que nos ultrapassa, aquele dos ancestrais transmitido pela experiência iniciática.”¹⁴ (p. 866, trad. nossa). Nmaira conseguiu *fazer a passagem...* conseguiu elaborar um sentido para a violência instalada no lugar de uma história materna que insistia em não ser contada. Em suas palavras, a diferença entre culturas é apenas um mal-entendido capaz de ajudá-la a pensar a tristeza de sua mãe, mas também sua própria história. Ao conseguir elaborar um movimento para se separar da angústia instalada pelo não-dito da transmissão materna, Nmaira foi capaz de começar a se responsabilizar por seu próprio destino. Seu esforço de concentração passa a se orientar não exclusivamente a obter respostas do lado materno. Ela nos dirá, “*No Senegal eu pude entender as coisas. Eu pude encontrar um pouco da minha mãe por lá. Mas aqui, com ela, eu sinto que ela vai ainda mal. Seu sofrimento, ela nos transmite. Eu não tenho mais paciência para isso. Eu estou pronta agora para ser mais independente. Eu parti, eu vi minha família. É chegada a hora que ela possa se ocupar um pouco mais dela. Isso vai me ajudar. Eu quero estar na realidade. Eu quero ser mais aberta com as pessoas.*”

Para concluirmos, assim como pudemos apontar no livro “*Psychotherapie transculturelle de l’enfant et de l’adolescent*”¹, as crianças e adolescentes que puderam superar os riscos da vulnerabilidade específica relacionada aos deslocamentos migratórios, foram aquelas que beneficiaram de um meio familiar “suficientemente bom”, protetor e rico em estimulações, ou ainda,

aquelas que puderam encontrar num adulto a figura de um “*porteur*” que os pudesse iniciar nos caminhos do novo mundo, ou finalmente, foram aquelas de força pessoal excepcional. Para estas crianças e adolescentes a inscrição em uma dupla cultura será facilitada. Um laço entre dois mundos poderá ser tecido: o mundo dos pais e suas representações culturais específicas que atribuem sentido à criação dos filhos, à doença e ao cuidado; e o mundo externo com sua lógica e sentido próprios.

Mas, quando essa dupla inscrição é impedida, iremos nos deparar com a emergência de uma série de inibições, angústias e sintomas que irão parasitar o funcionamento psíquico do jovem sujeito, causando enorme sofrimento. Nestes casos, o processo terapêutico consiste em ajudar a criança ou ao adolescente a construir uma nova trama de ligação entre as filiações (lugar de inscrição numa ficção parental e lugar numa trama geracional fundada nos elementos da cultura) e as afiliações (no país familiar de origem e no país de destino). Trata-se de se engajar um processo terapêutico implicado com os sujeitos, mas também conectado ao social e seus modos de exclusão que incidem com força nos modos de padecimento psíquico das famílias migrantes.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Moro, M. R. (2010). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescence*. Paris: Dunod.
- ² Carmo-Huerta, V., & Moro, M. R. (no prelo). Nmaira, une adolescente face aux aléas de la non-transmission maternelle. *Revue L'Autre*.
- ³ Menès, M. (2013). *L'enfant et le savoir. D'où vient le désir d'apprendre?* Paris: Ed. du Seuil.
- ⁴ Aulagnier, P. (1989). Se construire un passé: Exposé théorique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. Paris: Editions du Centurion.
- ⁵ Moro, M.-R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris: Éditions de La Découvert.
- ⁶ Betolila, A. (2000). *L'école face à la différence, «Les entretiens Nathan »*. Acte X, Nathan, Paris.
- ⁷ Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *Œuvres Complètes, vol. XII, 1913-1914*. Paris: Presses Universitaire de France (2005, 366 pp.)
- ⁸ Freud, S. (1905). Trois Essais sur la théorie sexuelle. *Œuvres Complètes: Psychanalyse, vol. VI, 1901-1905*. Paris: Presses Universitaire de France (2006, 221 pp.)
- ⁹ Miguezuel, O. (2007). *Narcisismos*. São Paulo: Ed. Escuta.
- ¹⁰ Jerusalinsky, A. (2004). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. São Paulo: Ed. Artes e Ofícios.

- ¹¹ Hassoun, J. (1993). *L'exil de la langue*. Paris: Point hors ligne.
- ¹² Hassoun, J. (2002). «Trans-criptions». *La Lettre de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50, 107-110. doi: 10.3917/lett.050.0107
- ¹³ Carmo-Huerta, V., & Rosa, M. D. (2013). O laço social na adolescência: A violência como ficção de uma vida desqualificada. *Revista Estilos da Clínica, IP-USP*, 18(2). ISSN 1415-7128.
- ¹⁴ Ahovi, J. E., & Moro, M. R. (2013). Rites des passages à l'adolescence. *Adolescence*, 28(4), 861-871.

ABSTRACT

This article aims to debate the role of the transmission of cultural elements in the process of subjectivation of the adolescent and child migrant. The transmission gives a place for the young subject who recognizes her/himself in a transgenerational narrative that unifies past and future history, allowing the subject re-signified their inclusion into a present time. The efficiency of the transmission is what will enable the articulation, not contradictory, between the place the young subject occupies into a parental fiction field and its affiliations in social bond supported by a dual culture.

Key-words: Transcultural clinic. Psychoanalysis. Transmission. Child and adolescence. Immigration.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria** é o órgão da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA). A revista publica artigos originais, de investigação ou de revisão na área da Pedopsiquiatria, assim como casos clínicos, resumos críticos de livros ou artigos com relevância para um melhor conhecimento nesta área. A revista privilegia e estimula a diversidade e multidisciplinaridade dos assuntos abordados.

O(s) autor(es) deve(m) submeter um original e uma cópia do texto, e sempre que possível em suporte informático.

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

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

Apresentação do texto: Os textos deverão ser datilografados em folhas A₄ devidamente numeradas. Para permitir uma leitura digital, a impressão deve ser de boa qualidade. Nos textos preparados em computador o envio da respetiva disquete é aconselhável.

Título e identificação: O título do artigo, conciso e informativo, deverá constar na primeira página, bem como o nome dos autores, os seus graus académicos ou profissionais, e os organismos, departamentos ou serviços hospitalares ou outros em que exercem a sua atividade. Deverá ser identificado (nome, morada, telefone, fax, e-mail) o autor responsável pela correspondência.

Resumo: Deve ser apresentado um resumo do artigo em Português e Inglês. Nos artigos originais e de investigação, este deverá descrever abreviadamente os objetivos, material e métodos, resultados e conclusões do trabalho apresentado, bem como a possível relevância dos resultados para a evolução do conhecimento

na área. Nos casos clínicos deverão ser descritos de forma sucinta os seguintes itens: o estado atual do problema, a(s) observação(ões) clínica(s), a discussão e a(s) conclusão(ões).

Este deverá ser sempre seguido de uma lista de 3 a 10 palavras-chave.

Estruturação dos artigos: O texto deve ser apresentado de forma organizada. Nos artigos respeitantes a trabalhos de investigação, uma estruturação iniciada por uma Introdução, seguida pela descrição dos Objetivos do Trabalho, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões é a sugerida.

Abreviaturas: As abreviaturas devem ser objeto de especificação no texto.

Bibliografia: As referências devem ser numeradas segundo a ordem do seu aparecimento no texto e devem ser referidas entre parêntesis. Artigos que se encontrem aceites e a aguardar publicação poderão ser incluídos nas referências, com a indicação da revista ou jornal seguida de “em publicação”. Só devem constar da lista de referências as citadas ao longo do texto.

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

- a) **Artigo de revista:** Apelido e iniciais dos nomes de todos os autores. Ano de publicação. Título do artigo. Nome do jornal ou revista (se possível, utilizar as abreviaturas do *Index Medicus (New series)-National Library of Medicine*), número do volume, primeira e última páginas do artigo. Ex.: Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 231-57.
- b) **Livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es). Ano de publicação. Título do livro. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Mazet, Ph., & Houzel, D. (1996). *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: Maloine.
- c) **Capítulo de livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es) do capítulo. Ano da publicação. Título do capítulo. In Nome(s) e inicial(ais) do(s) editor(es) médico(s), eds. Título do livro. Número da edição, número da primeira e última páginas. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Volkmar, F. (1993). Autism and pervasive developmental disorders. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1st ed., pp. 236-49). New York: The Guilford Press.

Quadros: Devem ser fornecidos em páginas separadas e numerados com algarismos romanos. Um título deverá constar no topo.

Figuras (desenhos, fotografias, gráficos): As ilustrações devem ser de boa qualidade. No verso deverá ser colada uma etiqueta indicando o número da

figura, bem como a sua orientação. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. Os gráficos devem ser enviados impressos em lazer, fotografados ou em disquete, neste caso com a indicação do programa utilizado. Quando a deficiente qualidade dos gráficos o justifique, a editora poderá proceder à sua reexecução, desde que os dados necessários sejam fornecidos pelos autores. As figuras devem ser numeradas em árabe, citadas no texto e possuir uma legenda.

Revisão de provas: No caso do artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista.

O 1º autor receberá 5 exemplares da revista.

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

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria
Ao c/ Dr^a Maria Luís Borges de Castro
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt

