

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 40

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

EDITOR

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

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Catarina Baptista

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Pedro Pires

p. 5

ARTIGOS

Comportamentos suicidários na criança

Andreia Basílio & Carina Freitas

p. 7

Intoxicação aguda por substâncias
psicoativas na adolescência:

Abordagem na urgência pediátrica

*Joana Matias, Ana Alves,
& Paulo Calhau*

p. 23

Morbilidade psiquiátrica na

Artrite Idiopática Juvenil:

Revisão não sistemática

João Caseiro

p. 45

Criança institucionalizada:

Das consequências dos maus-tratos
à intervenção

José Sargento

p. 53

Primeira infância –

O lugar da linguagem na comunicação

Maria Campeão Moura

p. 61

Vinculação nas Perturbações do

Espectro do Autismo –

A propósito de um caso clínico

Patrícia Mendes & Vânia Miranda

p. 71

Normas de Publicação

p. 85

“Sobre escrever...

Às vezes tenho a impressão de que escrevo por simples curiosidade intensa. É que, ao escrever, eu me dou as mais inesperadas surpresas. É na hora de escrever que muitas vezes fico consciente de coisas, das quais, sendo inconsciente, eu antes não sabia que sabia.”

Clarice Lispector, In: A descoberta do Mundo. Crónicas

A inquietação e a capacidade reflexiva de todos aqueles que trabalham na “nossa” área da saúde mental da infância e adolescência continua bem ativa. A realidade atual da sociedade e da clínica coloca-nos desafios, não necessariamente novos, mas que exigem possivelmente novas respostas. Neste número trazemos-vos temas bem pertinentes e que merecem a nossa reflexão. A questão dos consumos de substâncias psicoativas é abordada num artigo desenvolvido pelos pediatras do Hospital Garcia de Orta, Almada, dando-nos a perspetiva interventiva em situações de intoxicação aguda. O psicólogo José Sargento da Escola Superior de Educação de Viseu aborda a temática dos maus-tratos, as suas consequências psíquicas e a intervenção ao nível das Instituições de Acolhimento. A colega Carina Freitas do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Nélcio Mendonça, na Madeira, faz em conjunto com uma colega recém-licenciada a revisão do tema dos comportamentos suicidários em idades mais novas, por isso de grande originalidade. Dois artigos aludem à primeira infância abordando a especificidade da avaliação e do diagnóstico nesta faixa etária. As colegas do Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto focam-se na discussão sobre a vinculação nas perturbações do espectro do autismo e a Dr^a Maria Moura da equipa de Pedopsiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira centra-se na questão da linguagem no processo de

desenvolvimento psicoafectivo do bebé. O colega João Caseiro do Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto escreve sobre a morbilidade psiquiátrica na artrite idiopática juvenil, tema de interesse para a nossa prática em pedopsiquiatria de ligação.

Por último, uma palavra sobre o futuro da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria que irá ter mudanças na sua Comissão Redatorial. A exigência e necessidade de contínua melhoria desta Revista levaram-me a considerar que é importante lançar este desafio a um novo(a) Diretor(a). Da minha parte, quero manifestar a minha satisfação em ter sido membro e Diretor da Comissão Redatorial da Revista durante muitos anos e também o meu total reconhecimento e agradecimento aos colaboradores da atual Comissão Redatorial: Ana Prata, Catarina Cordovil, Ivo Peixoto, José Alberto Garrido, Neide Urbano, Otília Queirós, Raquel Quelhas de Lima e Suzana Henriques.

A Comissão Redatorial da Revista também quer aqui homenagear e agradecer toda a dedicação e afeto da sua secretária, Margarida Matos Moura, que deixou recentemente de exercer as suas funções no secretariado da APPIA. Bem-haja por tudo Margarida!

Pedro Pires

Lisboa, 2 de outubro de 2016

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA CRIANÇA

Andreia Basílio *

Carina Freitas **

RESUMO

Os comportamentos suicidários na criança são considerados situações raras. Contudo, o facto de estes parâmetros serem sub-notificados e pouco estudados dificulta a obtenção de estatísticas e informações fidedignas. O objetivo deste artigo é rever os conceitos atuais, epidemiologia, evolução do conceito de morte na criança, fatores de risco e de proteção e fornecer orientações para a avaliação clínica e abordagem terapêutica da crise suicidária.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, Ideação suicida, Suicídio, Tentativa de suicídio, Criança, Avaliação.

INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidários podem ser classificados em vários tipos (ver Quadro 1), dos quais destacamos pela sua gravidade, o suicídio, a tentativa de suicídio, a ideação suicida e outros comportamentos autolesivos sem intenção de morte (Hauser, Galling, & Correll, 2013). Nas crianças, estes comportamentos são oficialmente raros, sendo frequentemente subnotificados e registados como acidentes ou outras causas de morte (Marques, 2003; World Health Organization, 2014). Em qualquer das situações, estes comportamentos revelam grande sofrimento emocional, desespero e impulsividade presentes na população infantil (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

* Licenciatura em Estudos Básicos de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

** Pedopsiquiatra, Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal.

QUADRO 1

*Classificação dos comportamentos suicidários**

Eventos suicidas	Suicídio consumado
	Tentativa de suicídio
	Ato preparatório para um comportamento suicidário iminente
	Ideação suicida
Eventos não suicidas	Comportamentos autolesivos sem intenção suicida
	Outros, comportamentos autolesivos não intencionais
Eventos indeterminados ou potencialmente suicidas	Comportamento autolesivo, intenção suicidária desconhecida
	Sem informação suficiente

Nota. *de acordo com o algoritmo de classificação Columbia de Avaliação Suicida (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007).

Apesar de relevante, esta temática encontra-se pouco estudada especificamente em crianças. A maioria dos estudos que inclui crianças, não estabelece uma dissociação entre infância e adolescência. Por esse motivo e também para diferenciar dos estudos realizados exclusivamente em adolescentes, neste artigo, sempre que for mencionado crianças e adolescentes, os adolescentes referem-se à faixa etária cujo limite cronológico superior situa-se nos 14 anos de idade.

O suicídio (S) pode definir-se como a morte auto-infligida (Mann, 2003; Pfeffer, 2007). Em Portugal, a taxa de suicídio em crianças e adolescentes (entre os 5 e 14 anos) é de aproximadamente 0,3/100.000, com maior prevalência nos rapazes (World Health Organization, 2014). Apesar da sua incidência ser reduzida antes da adolescência, o suicídio é a 11ª causa de morte em crianças entre os 5 e os 11 anos nos Estados Unidos, tendendo a aumentar com a idade (Centers for Disease Control and Prevention, 2015a,b; Jordan, 2001; Murphy, Johnson, Wu, Fan, & Lohan, 2003). Neste país, as taxas de suicídio entre os 5 e os 14 anos duplicaram desde 1979 (Pfeffer, 2007). Os métodos de suicídio utilizados por crianças e adolescentes podem ser muito violentos (enforcamento, sufocação, envenenamento, armas de fogo), representando atos de impulsividade e desconhecimento em relação às consequências dos mesmos e da própria morte (Dumais et al., 2005).

A tentativa de suicídio (TS) consiste em qualquer ato auto-infligido e autodestrutivo não fatal mas com manifesta intenção de morte, seja ela implícita ou explícita (Shaffer et al. 2001). Na criança e adolescentes, a tentativa de suicídio pode representar um pedido de ajuda, revelando vulnerabilidade emocional e inquietação, sendo que quanto menor a idade da

criança, mais complexo é avaliar a intencionalidade do seu ato (Marques, 2003). Por outro lado, a criança pode apresentar ideação suicida, mas a sua imaturidade cognitiva é protetora, e limita a capacidade de planeamento e de execução de uma tentativa de suicídio. No caso de realização de tentativas de suicídio por métodos pouco usuais e graves, estas podem ser preditoras de nova tentativa de suicídio (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

A ideação suicida (IS) caracteriza-se pela presença de pensamentos e/ou desejo de morrer ou de infligir a própria morte (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Aparenta ser uma situação mais frequente do que a tentativa de suicídio, e os estudos sugerem que a sua prevalência é mais elevada quando relatada pela criança ou adolescente, do que quando descrita pelos pais (Velez & Cohen 1988). Na verdade, os familiares não imaginam na maioria das vezes que as suas crianças e adolescentes possam ter ideação suicida ou realizar tentativas de suicídio (Shoval et al., 2013). Um estudo recente realizado em sete países europeus (Portugal não incluído) constatou que a prevalência da ideação suicida em crianças e adolescentes em idade escolar (6-12 anos) variou entre 9,9 e 26,84% (Kovess-Masfety et al., 2015). Este estudo também concluiu que a prevalência de pensamentos suicidários aumenta com a idade (Mishara, 1999; World Health Organization, 2014), e estão correlacionados com fatores de risco, como a psicopatologia e disfunção familiar (Kovess-Masfety et al., 2015).

Os comportamentos autolesivos (CAL), denominados noutras nomenclaturas de para-suicídio (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006) ou equivalentes suicidários (Marques, 2003), correspondem a comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais (Carvalho et al., 2013/2017; Guerreiro & Sampaio, 2013; Tedo, 2004; World Health Organization, 2014). Alguns exemplos destas situações incluem: quando a criança ou o adolescente se colocam em frente de um carro em andamento; saltam de um local elevado; ingerem fármacos em sobredosagem, substâncias tóxicas (lixívia ou detergente) ou objetos não ingeríveis (lâminas ou pregos); ou adotam comportamentos violentos auto-infligidos (geralmente dirigidos para cabeça, boca e mãos). De salientar que este último exemplo é muito frequente em crianças e adolescentes com diagnóstico de défice intelectual ou cognitivo (Greydanus & Apple, 2011; Petty, Bacarese-Hamilton, Davies, & Oliver, 2014).

O Quadro 2 enumera vários métodos de comportamentos autolesivos utilizados por crianças e adolescentes (Greydanus & Apple, 2011). Na infância, as metodologias mais frequentes são “o morder e o arranhar” (Greydanus & Apple, 2011; Petty, Bacarese-Hamilton, Davies, & Oliver, 2014).

QUADRO 2

Métodos de comportamentos autolesivos

-
- 1 Batidas (dar pancadas)
 - 2 Mordeduras
 - 3 Arranhaduras
 - 4 Beliscaduras
 - 5 Auto-queimaduras
 - 6 Auto-mutilações
 - 7 Auto-envenenamento
 - 8 Sobredosagem
 - 9 Saltar de locais altos (edifícios, pontes)
 - 10 Saltar para poços de água
 - 11 Saltar para a estrada com carros em andamento
-

Em relação à epidemiologia dos CAL em crianças no nosso país, não foram encontrados dados publicados. Em Portugal, e numa amostra clínica de 28 adolescentes entre os 12 e 17 anos, de uma unidade de internamento de pedopsiquiatria, verificou-se que 4 a 12 % dos internamentos tinham sido motivados por comportamentos autolesivos (Cordovil, Crujo, & Guerreiro, 2009). Numa amostra comunitária, também em adolescentes, cerca de 15,6 % dos jovens afirmaram terem-se magoado a si próprios no último ano (Matos et al., 2011). Apesar de serem considerados frequentes, o diagnóstico dos CAL em crianças e adolescentes é difícil, pois podem ser ocultados ou confundidos com acidentes (Marques, 2003). Situações duvidosas devem ser alvo de avaliação, e ocorrem geralmente em contextos patológicos, alguns associados a maus-tratos físicos, sexuais e/ou perturbações intrafamiliares. Os menores recorrem a estes comportamentos como meio de: expressarem o seu desespero e insatisfação para consigo próprios; evitarem ideias suicidas; ou ainda como tentativa de obterem ajuda dos outros (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Walsh, 2007). Torna-se, por isso, importante investigar cuidadosamente os comportamentos autolesivos junto dos pais e familiares, averiguando com que frequência ocorrem e em que contexto (familiar, social, escolar) (Marques, 2003). Se apresentarem um carácter repetitivo, poderão estar associados a um maior risco de suicídio (Chen et al., 2010; Hawton et al., 2012). Tal como referido anteriormente, em caso de falecimento da criança ou adolescente nestas circunstâncias, uma morte registada como acidente poderá representar um suicídio não notificado.

É pois imprescindível uma avaliação global cuidada a todas as crianças e adolescentes que apresentem comportamentos suicidários, e posterior tratamento

individualizado, prevenindo a reincidência e potencial suicídio (Klonsky & Olino, 2008).

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Parece-nos relevante descrever a evolução do conceito de morte na criança e adolescente no decorrer do seu desenvolvimento (ver Quadro 3) (Ferrari, 2004). Por exemplo, crianças com idade inferior a dez anos, não são capazes de medir a letalidade de uma tentativa de suicídio e de compreender os conceitos de irreversibilidade e de suicídio (Cuddy-Casey & Orvaschel, 1997).

QUADRO 3

Evolução do conceito de morte na criança e adolescente

Idade	Evolução do conceito de morte
Início de vida	Não conhece a morte (apenas conhece os conceitos de presente e ausente)
Criança pequena	Vida e morte como um ciclo reversível e permanente
≤4 anos	Morte como impossibilidade de ver, sentir ou mexer-se. Ideia limitada. Integração em rituais sociais (funerais)
≥5 anos	Morte como cessação, separação provisória e reversível
≥6 anos	Morte como acidente súbito e violento. Emoção perante a morte e medo da morte dos pais
≥7 anos	Carácter universal e inerente ao ser humano da morte. Representação fantasmática
8 anos	Conceito de irreversibilidade da morte. Aceita que todos vão morrer um dia
≥9 anos	Visão mais realista da morte em geral e da sua própria morte
10 a 11 anos	Deterioração do corpo. Questiona o que acontece depois da morte
12 anos	Preocupação com a natureza da vida após a morte
13 anos	Morte vista como acontecimento distante
14 anos	A vida é mais importante que a morte e desejo de viver intensamente

Durante a primeira infância, a criança desconhece a morte, e os conceitos de vida e de morte são representados pela presença e pela ausência. Por volta dos três anos, a vida e a morte situam-se num ciclo reversível e permanente, semelhante ao sono (dormir e acordar). Sucessivamente, a morte associa-se aos conceitos de insensibilidade (ver, sentir) e de imobilidade (mexer), adquirindo um significado mais concreto e integrando-se em rituais sociais (o funeral, o

caixão). Entre os cinco e os dez anos o conceito começa a adquirir um significado mais próximo do real. Primeiramente, o conceito de cessação, separação, ainda transitório e reversível. A morte é concebida como um acidente, inesperado e violento, resultante de acontecimentos externos. Posteriormente, aparece simultaneamente como universal (todos morremos) e dependente de fatores de ordem biológica (intrínseca ao ser humano). Consequentemente, a criança começa a associar o carácter temporal da morte à velhice. É por volta dos oito anos que o conceito de irreversibilidade da morte começa a criar forma. É evidente que a evolução deste conceito está dependente de outros fatores, como por exemplo: a forma como este é apresentado à criança; o desenvolvimento cognitivo, afectivo e a experiência pessoal da criança (trabalho precoce de luto, doença letal na criança). Ou seja, de acordo com a realidade envolvente, a criança poderá incorrer por uma maturação mais precoce do conceito de morte. Em casos específicos, como a criança vítima de doença terminal, esta frequentemente apresenta consciência da sua própria morte e fala abertamente sobre o assunto (Ferrari, 2004).

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Os vários tipos de comportamentos suicidários apresentam etiologia heterogénea e estão associados a distintos fatores de risco e a correlações entre eles (Centers for Disease Control and Prevention, 2015a,b).

Os fatores de risco podem ser individuais, familiares e ambientais (ver Quadro 4). Nenhum fator de risco é patognomónico de suicídio (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011). Contudo, eles são cumulativos e a sua gravidade é importante para prever um evento suicidário (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011). Não obstante, por vezes os comportamentos suicidários tendem a surgir de forma inesperada (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

São índice de pior prognóstico: planeamento do ato; existência de manifesta intenção de morte; utilização de métodos letais e violentos; evicção de que o comportamento seja descoberto, a existência de perturbações psiquiátricas subjacentes e tentativa de suicídio anterior (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Greydanus & Shek, 2009; Skegg, 2005). O risco tende a aumentar se os fatores subjacentes não forem corrigidos (Murray, MacDonald, & Fox, 2008).

Também é importante ter em conta os fatores de proteção de comportamentos suicidários (ver Quadro 5).

QUADRO 4

Factores de risco de comportamentos suicidários

Individuais	Fatores genéticos	Predisposição biológica (Sistema dopaminérgico)
	Fatores psicológicos (traços de personalidade e características individuais)	Impulsividade, rigidez cognitiva, fraco insight, Dificuldades na resolução de problemas, dificuldades relacionais, desesperança
	Défices cognitivos	Défice cognitivo – CAL
	Idade	Risco aumenta com a idade
	Raça	Negra
	Género	Feminino – maior risco para TS e CAL Masculino – maior risco para suicídio
	Orientação sexual	Homossexual e bissexual
	Comportamentos suicidários prévios	Ideação suicida, tentativa de suicídio
	Psicopatologia	Perturbação Psicótica, Perturbação Depressiva, Perturbação do Comportamento Perturbação Bipolar Pediátrica Perturbação de Ansiedade Perturbacao de Hiperactividade e Défice de Atenção
	Doenças médicas	Cancro, Epilepsia, infecção por HIV, Doença de Huntington, Hemofilia, Autismo, Diabetes
Famíliares	Tratamentos farmacológicos	Antidepressivos
	Patologia psiquiátrica parental	Perturbação depressiva materna Comportamentos aditivos Comportamentos suicidários
	Disfunção familiar	Conflitualidade intra-familiar Experiências carenciais, rejeição Exposição a violência Maus tratos físicos e sexuais Supervisão parental inadequada Baixo nível de comunicação pais-filhos Morte, ausência, separação, divórcio dos pais
	Baixo nível socio-económico	Baixos rendimentos, baixa escolaridade, sobrelotação habitacional
	Fenómenos de imitação/contágio por exposição	Real – TV, internet Ficção – TV (filmes) e videojogos
Ambientais/ /Sociais	Eventos de vida precipitantes	Conflitos ou perdas afectivas (pais, pares ou românticas) Problemas escolares (disciplinares, bullying, insucesso académico, humilhação) Problemas judiciais
	Isolamento social	Rede de suporte social reduzida
	Acesso a meios letais	Zonas rurais (armas de fogo)

Legenda: CAL – Comportamentos autolesivos; TS – Tentativa de suicídio.

QUADRO 5

Fatores de proteção de comportamentos suicidários

-
- 1 Imaturidade cognitiva – incapacidade de elaboração de um plano
 - 2 Medo da dor
 - 3 Consciência da dor emocional que a sua morte causaria nos entes queridos
 - 4 Desejo de não perder um evento de vida importante
 - 5 Religiosidade
 - 6 Boas estratégias de adaptação
 - 7 Bom nível de comunicação pais-filhos
 - 8 Ambiente familiar seguro e contentor
 - 9 Boas relações com grupos de pares e integração escolar adequada
 - 10 Boa acessibilidade a apoios e tratamentos médicos
-

AValiação da Criança e Adolescente em Crise Suicidária

Qualquer criança ou adolescente com pensamentos, planos ou história prévia de comportamentos autolesivos ou tentativa de suicídio têm indicação para avaliação médica, pelo risco iminente de recorrência (World Health Organization, 2010). Normalmente, as famílias dirigem-se, inicialmente, aos cuidados de saúde primários, que segundo a gravidade, reencaminham para avaliação nos serviços de urgência (SU) hospitalares. A maioria dos SU não têm pedopsiquiatras nas suas equipas, daí a necessidade dos pediatras estarem preparados para avaliar e intervir neste tipo de problemáticas. O Quadro 6 resume os principais aspectos a avaliar (comportamento suicidário, criança ou adolescente, família e ambiente) e possíveis orientações.

Durante a colheita da história clínica, sugere-se a entrevista a várias fontes de informação (criança/adolescente, familiares ou cuidadores, acompanhantes da escola ou qualquer outro indivíduo próximo da criança), e a criança ou adolescente devem ser entrevistados individualmente. Estudos mostram que a criança ou adolescente devem ser questionados sobre ideação suicida, sobre as razões dos comportamentos autolesivos realizados (Lansdown & Benjamin, 1985; Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011; World Health Organization, 2010), e que esta abordagem contribui para diminuir a ansiedade e para que a criança ou adolescente se sintam compreendidos. Se este tema não for perguntado, a criança ou o adolescente não irão abordá-lo. Esta abordagem parece ser aceite pelas respectivas famílias, e não se encontra associada ao risco de iatrogenia por indução de comportamentos suicidários (Gould et al., 2005;

Mathias, Furr, Sheftall, Hill-Kapturczak, Crum, & Dougherty, 2012). As crianças e adolescentes geralmente conseguem partilhar o que sentem, sendo que com o avançar da idade existe uma maior facilidade e clareza nos relatos (Romanowickz, O'Connor, Schak, Swintak, & Lineberry, 2013).

QUADRO 6

Parâmetros a avaliar na crise suicidária

Parâmetros a avaliar na crise suicidária		Orientações
Comportamento suicidário	Acidental ou intencional Grau de intencionalidade suicida: Frequência, intensidade, duração Letalidade médica: Método utilizado Planeamento do ato Nota de suicídio Verbalização da intenção expressa de morte Procura de auxílio Fatores precipitantes	Prevenir a recorrência
Criança	Ideação suicida: Motivação para CS prévios Exame do estado mental: Psicopatologia subjacente, tratamentos atuais e resposta a tratamentos realizados Traços de personalidade Maus tratos/Abusos	Consultas especializadas de Pedopsiquiatria Vigilância e supervisão da administração da medicação Apoio psicoterapêutico: Desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas, e controlo de impulsos Serviço Social, sinalização e articulação com a CPCJ
Família	Psicopatologia parental Crise conjugal Conflitos intrafamiliares	Encorajar pais a procurar tratamento Aconselhamento matrimonial Intervenções familiares ou terapia familiar Psicoeducação: Resolução de conflitos
Ambiente/Social	Acesso a meios letais Isolamento social	Supervisionar e restringir o acesso a meios Desenvolvimento de recursos na comunidade: Plano de proteção à criança, investimento em actividades extracurriculares

Legenda: CS – Comportamentos Suicidários; CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

É fundamental identificar se o comportamento suicidário foi intencional ou acidental, o grau de letalidade, planeamento e esclarecer em que circunstâncias ocorreu (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2008; Marques & Cepêda, 2009; Rudd, 2006; Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011; Shaffer et al., 2001). A avaliação no SU é muito importante para prevenir o risco de recorrência, pois só uma minoria tem acesso a tratamentos especializados na área da Pedopsiquiatria e destes, muitos abandonam o acompanhamento e tratamento em ambulatório, só reaparecendo nos períodos de crise. Crianças e adolescentes com comportamentos suicidários prévios apresentam um intervalo de tempo de um ano até à sua repetição (Bergen, Hawton, Waters, Cooper, & Kapur, 2010), especialmente aqueles que sofrem maus tratos (Rhodes et al., 2013), sexo feminino, residentes em áreas isoladas e com familiares portadores de perturbações mentais (Rhodes et al., 2013). No caso de crianças e adolescentes não verbais ou pouco comunicativas, pode recorrer-se ao desenho da família humana, como alternativa (Zalsman et al., 2000), para complementar a entrevista clínica. A entrevista à família é essencial para obter informações sobre a dinâmica familiar, psicopatologia parental, grau de disponibilidade, suporte e supervisão ao menor, capacidade de providenciar um ambiente seguro e restringir acesso a meios letais. Se for detectada problemática social relevante, é importante solicitar a colaboração do serviço social (Rhodes et al., 2013).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Nas crianças com mais idade e adolescentes com maturidade cognitiva, é possível elaborar um plano ou contrato de segurança, que é um compromisso em estes assumem não fazer mal a si próprios ou informar o médico, pais ou outros adultos se voltarem a manifestar ideação suicida. Ao estabelecer este contrato o médico consegue avaliar a motivação e intencionalidade suicida e no caso de recusa pode ser indicador da necessidade de internamento. Também pode ocorrer casos em que as crianças e adolescentes aceitem, mas sem intenção de o cumprir (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Depois de avaliados todos os parâmetros, se os fatores de risco forem maiores do que os fatores de protecção, o internamento hospitalar deve ser a opção até se estabilizar a situação (Shaffer et al., 2001), principalmente se persiste a ideação suicida ou alteração do estado mental. Em caso de dúvidas, é recomendável ser conservador e “pecar por excesso” (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Se o médico está seguro de que a criança ou adolescente não apresenta a possibilidade iminente de adotar comportamentos suicidários, e quando existe suporte familiar suficiente e supervisão adequadas, num ambiente seguro com limitação ao acesso a meios letais, o menor poderá ter alta e realizar o tratamento em ambulatório. Neste caso, os pais e/ou cuidadores deverão ser corretamente informados sobre as medidas a adotar em caso de situações de crise (Shaffer et al., 2001), e a criança ou adolescente e família devem ser encaminhados para a consulta de pedopsiquiatria, de modo a ser realizada uma avaliação mais completa.

Convém salientar que as tentativas de suicídio ocorrem mais frequentemente no período da tarde entre a saída da escola e a noite (hora de deitar), um período que pode estar a ser pouco estruturado e sem supervisão dos pais, especialmente após a ocorrência de factores precipitantes. Por isso, o aumento da supervisão é uma medida imediata a ser recomendada, assim como a diminuição dos conflitos em casa (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Pós-venção: após a ocorrência de um comportamento suicidário, os pais/cuidadores devem beneficiar de apoio emocional para aliviar o sentimento de culpa. A família deverá ser informada de que atitudes de hostilidade e criticismo à criança ou adolescente deverão ser evitadas, e que o risco de comportamentos imitativos por outros menores na família deverá ser minimizado (World Health Organization, 2010).

CONCLUSÃO

Os comportamentos suicidários na infância e adolescência podem ter várias apresentações e graus de gravidade. Apesar da nomenclatura diversa e controversa, há convergência de que são um problema de saúde pública prioritário. Todas as crianças e adolescentes que se apresentem nos serviços de saúde com comportamentos autolesivos, ideação suicida ou tentativas de suicídio devem receber uma avaliação dos riscos e das necessidades. É crucial saber identificar, avaliar, tratar e prevenir a reincidência e potencial suicídio.

A literatura científica nesta área em Portugal é escassa. Seria desejável mais investigação epidemiológica em crianças, dissociada dos estudos em adolescentes, para auxiliar na compreensão da trajectória desenvolvimental dos comportamentos suicidários e planeamento de intervenções mais específicas e eficazes nestas faixas etárias. Que este artigo possa servir de estímulo a todos os clínicos e investigadores.

BIBLIOGRAFIA

- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *J Affect Disord*, 127(1-3), 257-265.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord*, 105(1-3), 25-33.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 372-394.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., . . . Santos, N. (2013/2017). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Lisboa: Direção-Geral da Saúde 2013.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015a). *Fatal Injury Reports, National and Regional, 1999-2013* [Consultado em 2 de agosto de 2015]. Disponível em http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015b). *Leading causes of death reports, national and regional, 1999-2012* [Consultado em 24 de julho de 2015]. Disponível em http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html
- Chen, V. C., Tan, H. K., Cheng, A. T., Chen, C. Y., Liao, L. R., Stewart, R., . . . Prince, M. (2010). Non-fatal repetition of self-harm: Population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*, 196(1), 31-35.
- Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. F. (2009). Tentativas de suicídio em adolescentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Rev Sau Mental*, XI, 15-20.
- Cuddy-Casey, M., & Orvaschel, H. (1997). Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. *Clin Psychol Rev*, 17(1), 33-45.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Lalovic, A., Seguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., & Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry*, 162(7), 1375-1378.
- Ferrari, P. (2004). Morte na criança (conceito de). In H. Didier, E. Michéle, & M. Françoise (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (1st ed, pp. 581-584). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(3), 1635-1643.
- Greydanus, D. E., & Apple, R. W. (2011). The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *J Multidiscip Healthc*, 4, 183-189.
- Greydanus, D. E., & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med*, 58(3), 144-151.

- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. 2013. *Rev Port Saúde Pública*, 31(2), 213-222.
- Hauser, M., Galling, B., & Correll, C. U. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: A systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disord*, 15, 507-523.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(12), 1212-1219.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 31(1), 91-102.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*, 76(1), 22-27.
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D., Goelitz, D., Kuijper, R., Otten, R., Moro, M., . . . Carta, M. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *J Affect Disord*, 177, 28-35.
- Lansdown, R., & Benjamin, G. (1985). The development of the concept of death in children aged 5-9 years. *Child Care Health Dev*, 11(1), 13-20.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 4, 819-828.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários* (pp. 33-35). Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, M. (2003). Suicídio. In J. M. Palminha & E. M. Carrilho (Eds.), *Orientação diagnóstica em pediatria: Dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial 2* (pp. 727-728). Lisboa: Lidel.
- Mathias, C. W., Furr, M., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation?. *Suicide Life Threat Behav*, 42(3), 341-351.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., et al. (2011). *A Saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social & Saúde; Projecto "Health Behaviour in School-aged Children" [consultado em agosto de 2011]. Disponível em <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>
- Mishara, B. L. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 29(2), 105-118.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Stud*, 27(1), 39-61.

- Murray, C. D., MacDonald, S., & Fox, J. (2008). Body satisfaction, eating disorders, and suicidal ideation in an internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychol Health Med*, 13(1), 29-42.
- Petty, J. L., Bacarese-Hamilton, M., Davies, L. E., & Oliver, C. (2014). Correlates of self-injurious, aggressive and destructive behaviour in children under five who are at risk of developmental delay. *Res Dev Disabil*, 35(1), 36-45.
- Pfeffer, C. R. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4th ed., pp. 529-538). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 164, 1035-1043.
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Tonmyr, L., Goodman, D., . . . Manion, I. (2013). Child maltreatment and repeat presentations to the emergency department for suicide-related behaviors. *Child Abuse Negl*, 37(2-3), 139-149.
- Romanowickz, M., O'Connor, S. S., Schak, K. M., Swintak, C. C., & Lineberry, T. W. (2013). Use of the Suicide Status Form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *J Affect Disord*, 151(2), 467-473.
- Rudd, D. M. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355-360). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schloretdt, K., Flynn, C., Collett, B., & Myers, K. (2011). Suicidality and youth: Identification, treatment, and prevention. In K. Cheng & K. M. Myers (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: The essentials* (2nd ed., pp. 582-611). Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, C. V., Beitchman, J., Benson, R. S., . . . Spirito, A. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(7), 24s-51s.
- Shoval, G., Mansbach-kleinfeld, I., Farbstein, I., Kanaaneh, R., Lubin, G., Apter, A., . . . Zalsman, G. (2013). Self versus maternal reports of emotional and behavioral difficulties in suicidal and non-suicidal adolescents: An Israeli nationwide survey. *European Psychiatry*, 28(4), 235-239.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Tedo, F. P. (2004). O suicídio na criança. In H. Didier, E. Michéle, & M. Françoise (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (1st ed., pp.969-972). Lisboa: Climepsi Editores.
- Velez, C. N., & Cohen, P. (1988). Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: Maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(3), 349-356.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *J Clin Psychol*, 63(11), 1057-1068.

- World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Switzerland: World Health Organization.
- Zalsman, G., Netanel, R., Fischel, T., Freudenstein, O., Landau, E., Orbach, I., . . . Apter, A. (2000). Human figure drawings in the evaluation of severe adolescent suicidal behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(8), 1024-1031.

ABSTRACT

Suicidal behaviors in children are considered rare conditions. However, the fact that these behaviors are underreported and poorly studied could account for difficulties in obtaining reliable data. The main goal of this paper is to review the actual concepts, epidemiology, the development of the concept of death in children, risk and protection factors and to derive guidelines in clinical assessment and management in suicidal crisis.

Key words: Suicidal behaviors, Suicide ideation, Suicide, Suicide attempt, Children, Assessment.

INTOXICAÇÃO AGUDA POR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Joana Matias*

Ana Alves **

Paulo Calhau **

RESUMO

A adolescência é um momento especial da vida do indivíduo, caracterizado por várias mudanças físicas e mentais. A experimentação de substâncias psicoativas nesta faixa etária associa-se, potencialmente, a situações de intoxicação aguda, mais frequentemente por cannabis com quadros clínicos ligeiros e sem necessidade de tratamento. No entanto, poderão surgir, pontualmente, quadros de intoxicação mais graves. É por isso fundamental que qualquer profissional de saúde saiba diagnosticar e atuar nestas situações. O primeiro passo da abordagem de qualquer adolescente gravemente doente consiste na avaliação primária e estabilização inicial, respeitando-se os princípios ABCDE do suporte básico de vida. Posteriormente, a avaliação secundária (anamnese, exame objetivo e exames complementares de diagnóstico) poderá ajudar na identificação da(s) substância(s) psicoativa(s) consumida(s) e na orientação da terapêutica subsequente. A terapêutica dirigida consiste em três pilares principais: diminuir a absorção do tóxico, antagonizar a sua ação e tratar as complicações. As medidas de descontaminação (nasal ou gastrointestinal) só muito raramente estão indicadas. Quanto ao uso de antagonistas, apenas os opiáceos têm antídoto específico, a naloxona. O tratamento das complicações é fundamental, sendo as benzodiazepinas os fármacos de primeira linha na maioria dos casos. Após a estabilização clínica, é importante manter o doente em vigilância. Posteriormente, após a alta hospitalar, o adolescente deverá manter acompanhamento em consulta especializada.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas, Intoxicação aguda, Adolescência, Urgência pediátrica.

* Interna do Internato de Formação Específica de Pediatria Médica. Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Almada, Portugal.

** Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria. Serviço de Pediatria. Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Almada, Portugal.

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizando-se por complexas alterações físicas, cognitivas, psicológicas e socioculturais (Direção-Geral da Saúde, 2014; Ferreira, 2013; Ribeiro & Rosendo, 2011). Por ser uma fase de diferenciação individual, em que o adolescente explora a sua autonomia, o distanciamento dos pais e a aproximação aos pares, associa-se a comportamentos de experimentação (Direção-Geral da Saúde, 2014; Ferreira, 2013; Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010; Marques & Cruz, 2000; Ribeiro & Rosendo, 2011).

O encontro do adolescente com as substâncias psicoativas é um fenómeno frequente, podendo ter sérias consequências para o indivíduo e para a sociedade (Barangan & Alderman, 2002; Direção-Geral da Saúde, 2014; Marques & Cruz, 2000). O álcool é a substância mais consumida nesta faixa etária, imediatamente seguida pelo tabaco e posteriormente pelas drogas de abuso (legais, como os solventes e os fármacos de prescrição médica, ou ilegais) (Ferreira, 2013; Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015; Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010; Marques & Cruz, 2000). Em Portugal, a substância psicoativa ilícita mais consumida pelos adolescentes (ocasionalmente ou de forma regular) é a cannabis (Feijão, 2007; Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015; Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2012; Neto, Fraga, & Ramos, 2012; Pinheiro, Picanço, & Barbeito, 2011); em segundo e terceiro lugares, com uma taxa de consumo significativamente inferior, encontram-se os cogumelos mágicos e a cocaína (Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015). O consumo de ácido D-lisérgico (LSD), metanfetaminas e opiáceos é relativamente baixo entre os adolescentes portugueses, sendo estas substâncias mais difíceis de adquirir (Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015).

Entre os adolescentes europeus, verificou-se entre 2007 e 2011 uma estabilização do consumo de substâncias psicoativas ilícitas (Feijão, 2007; Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2012; Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2013). Na população nacional do ensino secundário, entre 2001 e 2006 verificou-se uma diminuição do consumo destas substâncias, observando-se um novo aumento da experimentação em 2011, voltando-se a atingir os valores de 2001 (Feijão, 2007). Em 2011, cerca de 28% dos alunos do secundário afirmavam já ter experimentado cannabis, sendo este um consumo ocasional em 75% dos adolescentes, frequente em 14% e muito frequente em 11%; 2% dos alunos já haviam consumido outras substâncias

psicoativas ilícitas (Feijão, 2007). Os índices de consumo são superiores no sexo masculino, nos adolescentes mais velhos e nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Feijão, 2012; Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015; Karila et al., 2014; Pinheiro, Picanço, & Barbeito, 2011). Estas prevalências são inferiores às médias europeias (Feijão, 2007; Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2012; Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2013).

As substâncias psicoativas, definidas como substâncias capazes de modificar o comportamento do indivíduo e com potencial de causar dependência física ou psicológica, são classificadas de acordo com a sua ação no sistema nervoso central em:

- *Alucinogénias* (ação no sistema nervoso central variável, causando distorção sensorial e perceptiva): cannabis, ecstasy, LSD, cogumelos mágicos, mescalina e solventes.
- *Estimulantes* (ativação da transmissão neural): cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, cafeína, teofilina e nicotina.
- *Depressoras* (diminuição da transmissão neural): opiáceos (substâncias alcaloides derivadas do ópio como a heroína, a morfina e a metadona), barbitúricos, benzodiazepinas e etanol.

As principais características das substâncias psicoativas nomeadas (nomes de rua, vias de consumo, farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos desejados, efeitos indesejados e tratamento) estão resumidas na Tabela 1 (Bachs & Morland, 2001; Boyer, 2012; Brust, 2014; Callaway & Clark, 1994; Camchong, Lim, & Kumra, 2016; Degenhardt, Roxburgh, & Barker, 2005; Direção-Geral da Saúde, 2014; Garcia-Algar et al., 2011; Goforth & Fernandez, 2012; Grotenhermen, 2003; Gotway et al., 2002; Gunja, 2012; Hall & Degenhardt, 2014; Hayes, Martinez, & Barrueto, 2013; Henry, 1996; Jenkins, Keenan, Henningfield & Cone, 1994; Kalant, 2004; Karila et al., 2014; Kaul & Coupey, 2002; Lan, Lin, Yu, Lin, & Chu, 1998; Li & Gunja, 2013; Liakoni, Dolder, Rentsch, & Liechti, 2015; Lipski, Stimmel, & Donoso, 1973; Maldonado, 2010; Marques & Cruz, 2000; Maraj, Figueredo, & Lynn Morris, 2010; McCord et al., 2008; Meredith, Jaffe, Ang-Lee, & Saxon, 2005; Montoya & McCann, 2010; Paratz, Cunningham, & MacIsaac, 2016; Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich, & Hintzen, 2008; Temporelli et al., 2015; van Heugten-Van der Kloet et al., 2015; Vargens, Costa, Oliveira, & Andrade, 2015; Veloso de Souza et al., 2003; Zimmerman, 2012).

TABELA 1

Principais características das substâncias psicoativas ilícitas

(nomes de rua, vias de consumo, farmacodinâmica, efeitos desejados, efeitos indesejados e tratamento)

CLASSE	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	APRESENTAÇÃO VIA DE CONSUMO		FARMACOLOGIA	EFEITOS	TRATAMENTO
ALUCINOGENAS	CANNABIS Ganja, erva, charro, broca, boi, viviva, Mary Jane, chocolate, tarolo, parampo, chamom, liamba (Angola), soruma (Moçambique), papel de galo/ maconha (Brasil).	Marijuana (folhas secas, flores e pequenos troncos); Haxixe (resina); Óleo de cannabis/haxixe (cannabis ou a sua resina e dissolvente).	Receptores CB1 e CB2. Início: imediato. Pico: 10 a 60 minutos. Duração: 2 a 3 horas. Semivida: 20 horas a 13 dias. Urina +: 3 a 30 dias.	Desejados: sentimento de bem-estar, euforia, ↑ consciência sensorial, estimulador do apetite, antiemético. Adversos: taquicardia, ansiedade (ataques de pânico), surtos psicóticos, ↓ memória de curto prazo, ↓ atenção, ↓ juízo crítico, ↓ coordenação motora, ↓ percepção temporal, alucinações. Dependência: elevada (psicológica). Síndrome de abstinência: leve (início: 24-48 horas; duração: 10-14 dias).	Suporte. Sem antídoto.	
	ECSTASY Pastilha, droga do amor, Eva, MDMA.	Comprimidos; Cápsulas; Pó; Líquido. Ingestão; Injetável; Inalação.	↑ catecolaminas e serotonina. Início: 30 minutos. Pico: 2 horas. Duração: 3 a 5 horas. Semivida: 7 a 8 horas. Urina +: 1 a 3 dias.	Desejados: sentimento de bem-estar, euforia, ↑ estado de vigília, ↓ fadiga, desinibição sexual, ↑ autoconfiança, inibidor do apetite. Adversos: taquicardia, HTA, EAM, disseção da aorta, disritmia e AVC hemorrágico, hipertermia (rabdomiólise, IRA, CIVD), síndrome serotoninérgico (alteração do estado mental, manifestações autonômicas, hiperatividade muscular), SIHAD e hiponatrémia (confusão mental, convulsões e edema cerebral), ↓ coordenação motora, alucinações. Dependência: baixa (psicológica). Síndrome de abstinência: não.	Suporte. Sem antídoto.	
	LSD Ácido, pills, trips, panteras, pirâmide, vulcões.	Papel; Líquido; Comprimidos; Tiras de gelatina. Ingestão; Sublingual; Injetável; Inalação.	Receptores 5-HT2A. Início: 10 a 30 minutos. Pico: 2 a 4 horas. Duração: 6 a 8 horas. Semivida: 3 horas. Urina +: não é detectado.	Desejados: sentimento de bem-estar, euforia, distorção da percepção sensorial (alucinações, ilusões, sinestesia), experiências espirituais e místicas, <i>flashbacks</i> . Adversos: taquicardia, HTA, midríase, surtos psicóticos, <i>bad trip</i> (disforia, agitação, medo, pânico), hipertermia (rabdomiólise, IRA, CIVD), diáforese, náuseas e vômitos. Dependência: elevada (psicológica). Síndrome de abstinência: não.	Suporte. Sem antídoto.	

ESTIMULANTES	COCAÍNA Coca, branca, branquinha, neve, gulosa, <i>lília, freebase, pedra, rock</i> .	Cloridrato de cocaína (pó alcaloide extraído das folhas); Crack (água, cocaína e amônia); Base livre (água, cocaína e bicarbonato de sódio); Folhas de coca . Intranasal ou outras mucosas : Inalação . Injetável (misturada com heroína = <i>speed ball</i>); Ingestão (folhas, chá).	↑ catecolaminas . Início : imediato. Pico : 10 a 20 minutos. Duração : 15 a 30 minutos. Semivida : 30 a 90 minutos. Urina + 4 a 5 dias.	Desciajos : sentimento de bem-estar, euforia, ↑ estado de vigília, desinibição sexual, ↑ autoconfiança, inibidor do apetite, anestésico local. Adversos : taquicardia, HTA, disseção da aorta, disritmia e AVC hemorrágico, midriase, agitação psicomotora, hipertermia (rabdomiólise, IRA, CIVD), instabilidade emocional, mania, paranoia, alucinações. Dependência : elevada (psicológica). Síndrome de abstinência : leve (início: algumas horas, duração: dias a meses).	Suporte. Sem antídoto.
	METANFETAMINAS <i>Speed</i> , anifes, cristal.	Cápsulas , Comprimidos , Pó . Ingestão . Injetável . Intranasal .	↑ catecolaminas e serotonina . Início : 5 a 20 minutos. Pico : 30 minutos a 3 horas. Duração : 4 a 8 horas. Semivida : 6 a 12 horas. Urina + 1 a 4 dias.	Desciajos : sentimento de bem-estar, euforia, ↑ estado de vigília, ↑ atenção e concentração, ↑ autoconfiança, inibidor do apetite. Adversos : taquicardia, HTA, cefaleias, convulsões, movimentos estereotipados, psicose tóxica das anfetaminas, hipertermia (rabdomiólise, IRA, CIVD), náuseas e vômitos, síndrome serotoninérgica (alteração do estado mental, manifestações autonômicas, hiperatividade muscular). Dependência : elevada (psicológica). Síndrome de abstinência : leve (início: algumas horas, duração: semanas a meses).	Suporte. Sem antídoto.
OPIÁCEOS	HEROÍNA MORFINA METADONA H, veneno, cavalo, burra, castanha, cavalete, panileto, pó, poeira; morfina, meta.	Pó , Comprimidos , Líquido . Injetável (misturada com cocaína = <i>speed ball</i>); Subcutânea , Intranasal . Inalação . Ingestão (<i>bach packers</i> ou <i>stuffers</i>).	Receptores opiáceos . HEROÍNA : Início : alguns minutos. Pico : 5 a 15 minutos. Duração : 3 a 5 horas. Semivida : 10 minutos. Urina + 1 a 4 dias. METADONA : Início : 10 a 60 minutos. Pico : 4 a 8 horas. Duração : 6 a 48 horas. Semivida : 24 a 36 horas. Urina + 2 a 5 dias.	Desciajos : sentimento de tranquilidade, euforia, analgesia. Adversos : bradicardia, hipotensão, depressão respiratória, depressão do sistema nervoso central, miose, hiporreflexia, hipotermia, prurido intenso. Dependência : elevada (física e psicológica). Síndrome de abstinência : muito intenso (início: algumas horas; duração: 7 dias).	Suporte. Naloxona.

Nota. A principal via de consumo de cada substância psicoativa está evidenciada a sublinhado. Semivida: tempo que demora para que a concentração plasmática da substância seja reduzida para metade da sua concentração inicial; Urina +: tempo que a substância psicoativa permanece detetável na urina; HTA: hipertensão arterial; EAM: enfarte agudo do miocárdio; AVC: acidente vascular cerebral; IRA: insuficiência renal aguda; CIVD: coagulação intravascular disseminada; SIHAD: síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética; LSD: ácido D-lisérgico.

Entre os adolescentes, a intoxicação aguda é o principal quadro clínico associado ao uso de substâncias psicoativas ilícitas; o consumo crônico e a síndrome de abstinência grave são raros nesta população (Garcia-Algar et al., 2011).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10), intoxicação aguda define-se como um estado clínico secundário ao uso de uma substância psicoativa, caracterizado por perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto, do comportamento ou de outras funções psicofisiológicas (World Health Organization, 1994). Estas perturbações estão diretamente relacionadas com os efeitos farmacológicos agudos da substância consumida e desaparecem com o tempo, verificando-se a cura clínica, exceto quando resultam lesões orgânicas permanentes.

Neste grupo etário, os casos mais frequentes são de intoxicação aguda por cannabis, com sintomatologia ligeira e sem necessidade de qualquer terapêutica específica. No entanto, poderão surgir pontualmente quadros mais graves de intoxicação, com importante morbilidade e mortalidade associadas. Assim, é fundamental que qualquer profissional de saúde saiba como atuar nestas situações. Os autores reveem de seguida os passos desta abordagem e as medidas terapêuticas recomendadas.

ABORDAGEM DA INTOXICAÇÃO AGUDA POR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Para a instituição de um tratamento adequado, é fundamental que nos casos sugestivos de intoxicação aguda por substâncias psicoativas este diagnóstico seja admitido pelos profissionais de saúde. Esta hipótese deve ser considerada perante um adolescente observado na urgência por:

- *Alterações súbitas dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória ou temperatura), do nível de consciência ou do estado mental.*
- *Convulsões, disritmias cardíacas, distúrbios hidro-electrolíticos, do equilíbrio ácido-base ou metabólicos sem causa aparente.*

Deverá ser também considerada nas vítimas de acidentes ou traumas não acidentais (Loiselle, Baker, Templeton, Schwartz, & Drott, 1993), nas vítimas de abuso sexual e nos adolescentes admitidos por tentativa de suicídio.

Perante um adolescente em que se suspeita de intoxicação aguda por substâncias psicoativas, a abordagem deve ser sistematizada: *avaliação primária e estabilização inicial*; *avaliação secundária* (anamnese, exame objetivo e exames complementares de diagnóstico); e *terapêutica específica* (medidas de descontaminação, antídoto e tratamento das complicações) (Conceição et al., 2012; Li & Gunja, 2013).

Avaliação primária e estabilização inicial

A avaliação primária e a estabilização de um adolescente gravemente doente, independentemente da causa subjacente, devem sempre obedecer aos princípios ABCDE do suporte básico de vida: A – *Airway* (via aérea); B – *Breathing* (respiração); C – *Circulation* (circulação); D – *Disability* (neurológico); E – *Exposure* (exposição e ambiente). O tratamento de situações de paragem respiratória, choque, disritmia cardíaca ou estado de mal convulsivo (não abordado nesta revisão) segue, nestes casos, os mesmos princípios do que noutros doentes (Conceição et al., 2012; Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Riordan, Rylance, & Berry, 2002). No entanto, gostaríamos de sublinhar algumas particularidades do suporte avançado de vida nas intoxicações por substâncias de abuso, distintas da abordagem de outras causas de paragem cardiorrespiratória:

- O uso de succinilcolina como bloqueante neuromuscular na entubação com sequência rápida está contraindicado, sobretudo se intoxicação por substâncias alucinogénias ou estimulantes, pelo risco de rabdomiólise. Deve-se considerar, em alternativa, o uso de relaxantes musculares não despolarizantes como o rocurónio e o atracúrio.
- O uso de quetamina como anestésico na entubação com sequência rápida deve ser evitado nos casos de agitação grave e delírio, pelos efeitos dissociativos do fármaco.
- Nos casos de hiponatremia por síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIHAD), mais frequente após consumo de ecstasy, deve-se ter precaução na administração de fluídos e na interpretação da taquicardia como sinal de hipovolemia.
- A naloxona é o único antídoto disponível (eficaz nas intoxicações por opiáceos), devendo ser administrada em todos os casos de miose, depressão do nível de consciência e depressão respiratória de etiologia não esclarecida.

Importa também reforçar que, apesar do adolescente poder estar assintomático e estável no momento da avaliação inicial, o seu estado clínico pode rapidamente deteriorar, recomendando-se a vigilância hospitalar (com monitorização cardiorrespiratória e reavaliação clínica periódica) durante um período mínimo de seis horas.

Avaliação secundária

Num caso de intoxicação aguda por substâncias psicoativas, a realização de uma minuciosa história clínica e de um exame objetivo completo adquirem especial importância, contribuindo para a identificação da(s) substância(s) implicada(s) e, portanto, para as decisões terapêuticas a implementar após a estabilização clínica inicial do adolescente.

Anamnese

É importante entrevistar todos quantos possam fornecer informações úteis para o diagnóstico e tratamento, nomeadamente as pessoas que encontraram o adolescente e que o encaminharam ao hospital (familiares, bombeiros, paramédicos, polícias, etc.).

Em todos os casos, na entrevista ao adolescente e seus acompanhantes, um profissional de saúde deverá colocar as seguintes questões (Conceição et al., 2012; Li & Gunja, 2013):

- *Quem?* – idade e peso do(a) adolescente, antecedentes pessoais (doenças crónicas incluindo doenças psiquiátricas, alergias conhecidas, medicação que habitualmente cumpre e consumo prévio de substâncias psicoativas) e se há possibilidade de estar grávida.
- *O quê, quanto e como?* – tipo de substância(s) consumida(s), dose estimada e via de consumo.
- *Quando?* – tempo decorrido entre o último consumo e a admissão na urgência e, se o uso for regular, há quanto tempo é consumidor da substância psicoativa implicada.
- *Onde?* – circunstâncias em que ocorreu o consumo e se há outros adolescentes potencialmente intoxicados.
- *Consequências?* – que sintomas apresenta, qual a sua intensidade e evolução temporal.

Importa também pesquisar dados relativos a consultas e internamentos prévios do adolescente na unidade hospitalar, de modo a conhecer-se com mais pormenor os seus antecedentes pessoais.

Exame objetivo

Deve realizar-se um exame físico completo, com particular atenção para sinais que possam sugerir o consumo de uma substância específica e para estigmas sugestivos de consumo crónico.

Importa avaliar os seguintes aspetos clínicos (Barangan & Alderman, 2002; Henry, 1996; Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Kaul & Coupey, 2002; Montoya & McCann, 2010):

- *Estado geral e estado nutricional.*
- *Sinais sugestivos de tentativa de suicídio* (lesões no pescoço, automutilações)
- *Odor particular* (a cannabis ou álcool, por exemplo).
- *Mucosas, pele e anexos:* presença de resíduos de substâncias psicoativas na mucosa nasal ou gengival, sinais de irritação da mucosa nasal, pele com sinais de punção, escoriações, equimoses ou hematomas, úlceras cutâneas ou da mucosa labial, acne exuberante, abscessos cutâneos.
- *Face:* miose ou midríase, hiperémia conjuntival, lacrimejo ocular, rinorreia persistente, ulceração ou perfuração do septo nasal, esmalte dentário danificado.
- *Abdómen:* ruídos hidroaéreos diminuídos ou aumentados.

A anamnese e o exame objetivo detalhados poderão ajudar a identificar um conjunto de sintomas e sinais sugestivos de um toxídrome específico (Tabela 2), o que facilitará o reconhecimento da substância psicoativa envolvida e a abordagem terapêutica subsequente (Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Holstege & Borek, 2012; Li & Gunja, 2013; Riordan, Rylance, & Berry, 2002).

Devemos ter presente que o consumo combinado de substâncias psicoativas com diferentes mecanismos de ação (nomeadamente o consumo simultâneo de álcool e substâncias ilícitas) é frequente e que muitas vezes o quadro clínico apresentado é misto, não se ajustando em nenhum toxídrome específico (Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Jones, Mogali, & Comer, 2012; Montoya & McCann, 2010).

TABELA 2
Sintomas e sinais que caracterizam os quatro principais toxídromes

SÍNDROME SIMPATICOMIMÉTICO/ESTIMULANTE	INTOXICAÇÃO OPIÓIDE/ SEDATIVA/ ETANÓLICA	SÍNDROME COLINÉRGICO	SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO
Polipneia, hipertensão, taquicardia	Edema pulmonar, depressão respiratória, hipotensão, bradicardia	Edema pulmonar, bradicardia	Depressão respiratória, taquicardia
Alucinações, paranóia	Depressão do sistema nervoso central	Depressão do sistema nervoso central	Alucinações
Hiporreflexia, tremores, convulsões	Hiporreflexia	Fasciculações musculares, fraqueza	Mioclonias
Hipertermia, diaforese, rabdomiólise	Hipotermia	Diaforese, salivação, lacrimejo	Hipertermia, xerose e eritema cutâneo, xerostomia
Midriase	Miose	Miose	Midriase
Aumento dos ruídos hidroaéreos	Íleo paralítico, vômitos	Incontinência urinária/ fecal, vômitos, cólicas intestinais	Retenção urinária, íleo paralítico
Cocaina; anfetaminas, metanfetaminas; metilfenidato; mescalina; ecstasy; LSD; fenilciclidina; cogumelos mágicos; solventes; caféina, teoflina; nicotina.	Morfina, heroína, metadona, tramadol, oxycodona, codeína, dextrometorfano; barbitúricos; benzodiazepinas; etanol.	Inseticidas organofosfatos e carbamatos; alguns cogumelos.	Anti-histamínicos; antidepressivos; antipsicóticos; relaxantes musculares; algumas plantas.

Nota. Na última linha da tabela nomeiam-se as principais substâncias associadas a cada um dos toxídromes.

Exames complementares de diagnóstico

O diagnóstico de intoxicação aguda por substâncias psicoativas é essencialmente clínico. No entanto, certos exames complementares de diagnóstico poderão ser úteis para comprovação do diagnóstico e identificação da substância implicada, para exclusão de outras causas de alteração do estado mental e para avaliação da repercussão sistémica das substâncias consumidas. Em todos os casos de suspeita de intoxicação aguda por substâncias psicoativas deve-se solicitar (Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Li & Gunja, 2013; Montoya & McCann, 2010):

- *Glicémia capilar* para exclusão de hipoglicémia, uma causa frequente e facilmente tratável de depressão do nível de consciência.
- *Eletrocardiograma* para identificação de alterações da condução cardíaca causadas pela substância psicoativa consumida.
- *Teste da gravidez* nas adolescentes pós-púberes.

A *pesquisa de substâncias psicoativas na urina* (por teste rápido qualitativo imunocromatográfico) pode ser útil para confirmação do diagnóstico, embora resultados falsos negativos e falsos positivos possam existir (Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Moeller, Lee, & Kissack, 2008; Riahi-Zanjani, 2014; Satndridge, Adams, & Zotos, 2010). Por outro lado, um resultado positivo nem sempre traduz um consumo recente da substância identificada (Henry, 1996; Kaul & Coupey, 2002; Moeller, Lee, & Kissack, 2008). Assim sendo, a pesquisa de substâncias psicoativas na urina não deverá condicionar o início e o tipo de terapêutica a instituir, devendo esta ser administrada de acordo com a clínica apresentada pelo adolescente (Boyer, 2012; Henry, 1996).

A *radiografia do abdómen* poderá ser útil na identificação de *body packers* (indivíduos que ingerem intencionalmente grandes quantidades de substâncias psicoativas ilícitas, empacotadas, para as transportar ilegalmente) e *body stuffers* (indivíduos que ingerem substâncias psicoativas que ilegalmente transportam consigo, não adequadamente empacotadas, quando confrontados com a polícia) (Booker, Smith, & Rodger, 2009; Cunningham, 2012; Henry, 1996; Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Montoya & McCann, 2010).

Na maioria dos casos de intoxicação aguda por substâncias psicoativas, não serão necessários outros exames complementares. No entanto, na suspeita de intoxicação aguda por substâncias alucinogénias ou estimulantes (risco de

acidose metabólica, SIHAD e hiponatrémia, hipertermia e rabdomiólise com insuficiência renal aguda, hipercaliémia e eventual coagulação intravascular disseminada) deve solicitar-se (Montoya & McCann, 2010):

- *Gasimetria, ionograma* (e eventual osmolaridade sérica) e *lactato sérico*.
- *Creatinina fosfoquinase* e/ou *mioglobínúria*.
- *Alanina e aspartato transaminases*.
- *Ureia e creatinina*.
- *Estudo da coagulação* (contagem de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina ativada, fibrinogénio e d-dímeros).

Estudos adicionais (radiografia de tórax, biomarcadores cardíacos, ecocardiograma, tomografia computadorizada torácica, abdominal ou crânio-encefálica) poderão ser realizados para investigação de potenciais complicações associadas ao consumo de substâncias de abuso (pneumotórax espontâneo, enfarte agudo do miocárdio, disseção da aorta, acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico, entre outras) e para exclusão de outras patologias médicas.

Terapêutica específica

Medidas de descontaminação

As medidas de descontaminação são utilizadas para se diminuir a absorção do tóxico consumido. Na prática, nas intoxicações agudas por substâncias psicoativas ilícitas, a descontaminação poucas vezes está indicada. Por um lado, as vias de consumo preferencialmente utilizadas (inalação, via sublingual e via endovenosa) não permitem o seu uso. Por outro lado, a observação do adolescente acontece frequentemente várias horas após o consumo, altura em que a aplicação destas medidas já não é benéfica. Ainda assim, quando indicado, deve proceder-se da seguinte forma:

- *Descontaminação da mucosa nasal* (cocaína, metanfetaminas e opiáceos de consumo intranasal): irrigação nasal com soro fisiológico ou água durante 10 a 15 minutos. (Conceição et al., 2012).
- *Descontaminação gastrointestinal* (ecstasy, LSD, metanfetaminas e opiáceos ingeridos, mas apenas se ingestão há menos de uma hora [Boyer, 2012; Vargens, Costa, Oliveira, & Andrade, 2015]; ou nos casos de *body packers* e *body stuffers* em que se suspeite de rotura dos pacotes

[Marraffa, Cohen, & Howland, 2012]): lavagem e aspiração gástrica seguida por administração de carvão ativado (1g/kg, máximo 50g/dose) via oral ou via sonda naso-gástrica em dose única (ou de 4/4 a 6/6 horas durante 24 horas se formulações de morfina ou oxicodona de libertação prolongada) (Conceição et al., 2012; Hoffman, Grinshun, Paulose, & Hahn, 2007; Riordan, Rylance, & Berry, 2002). Esta medida está contraindicada em doentes com depressão do nível de consciência e sem via aérea protegida (risco de aspiração).

Antídoto

Os antídotos, fármacos cujo mecanismo de ação permite antagonizar os efeitos da substância consumida, são uma ferramenta terapêutica interessante (Marraffa, Cohen, & Howland, 2012). No entanto, as únicas substâncias psicoativas com um antídoto específico disponível são os opiáceos: a naloxona, um antagonista competitivo de todos os recetores opióides (Conceição et al., 2012; Marraffa, Cohen, & Howland, 2012).

– *Intoxicação por opiáceos*: naloxona via endovenosa ou, alternativamente, via intramuscular, subcutânea ou intraóssea (1 ampola = 0.4mg) (Marraffa, Cohen, & Howland, 2012; Montoya & McCann, 2010):

- Bólus: se idade <5 anos e peso $\leq 20\text{kg}$ – 0.1mg/kg/dose (mínimo: 0.4mg, máximo: 2mg); se idade >5 anos ou peso >20kg – 2mg/dose; repetir a cada 2 a 3 minutos (dose total máxima: 10mg) (American Academy of Pediatric Committee on Drugs, 1990; Marraffa, Cohen, & Howland, 2012).
- Perfusão contínua: dois terços da dose do bólus inicial (mg) por hora (Lewis, Klein-Schawartz, Benson, Oderda, & Takai, 1984; Marraffa, Cohen, & Howland, 2012).
- Atenção: a naloxona tem uma duração de ação curta (semivida plasmática de 60 a 90 minutos) (Marraffa, Cohen, & Howland, 2012); se intoxicação por metadona ou outros opióides sintéticos (fentanil e buprenorfina, por exemplo), serão necessárias doses mais elevadas e frequentes de naloxona, sendo provavelmente necessário iniciar perfusão contínua (Deuchande et al., 2010; Marraffa, Cohen, & Howland, 2012); se existirem sinais sugestivos de consumo crónico de opiáceos (aspeto pouco cuidado, perda ou ganho excessivo de peso, pele com marcas de punção, icterícia, distensão abdominal e queixas de vômitos, obstipação, hiperalgesia ou sintomas depressivos), devem-

se administrar doses mais baixas (0.2 a 0.4mg/dose) pelo risco de síndrome de abstinência grave (Marraffa, Cohen, & Howland, 2012); adolescentes grávidas devem ser tratadas com doses inferiores de naloxona pelo risco de síndrome de abstinência fetal (Montoya & McCann, 2010).

Como já anteriormente referido, em todos os adolescentes admitidos na urgência que apresentem miose, depressão do nível de consciência e depressão respiratória de etiologia não esclarecida, deve-se administrar naloxona de forma empírica, independentemente da existência ou não de história de consumos.

Tratamento das complicações

O tratamento das complicações é um dos pilares principais da intervenção nas intoxicações agudas por substâncias psicoativas. De seguida, os autores expõem o tratamento das complicações mais frequentes; as doses e vias de administração dos fármacos utilizados são apresentadas na Tabela 3.

TABELA 3

Posologia e via de administração dos fármacos utilizados no tratamento das complicações mais frequentemente associadas ao consumo de substâncias psicoativas

Fármacos		Via de administração	Dose
Benzodiazepinas	Diazepam	Endovenosa	Bólus: 0.1 a 0.3 mg/kg/dose (máximo: 5 a 10 mg/dose)
	Midazolam	Endovenosa	Bólus: 0.05 a 0.1 mg/kg/dose (máximo: 5 mg/dose)
Nitroprussiato de sódio		Endovenosa	Perfusão contínua: 0.5 a 10 mcg/kg/min
Haloperidol		Oral Endovenosa Intramuscular	Bólus: 0.02 a 0.03 mg/kg/dose (máximo: idade < 12 anos: 1 mg/dose, > 12 anos: 5 mg/dose, até 10 mg/dia)
Relaxantes musculares não despolarizantes	Rocurónio	Endovenosa	Bólus: 0.9 a 1.2 mg/kg/dose
	Atracúrio	Endovenosa	Bólus inicial: 0.4 a 0.5 mg/kg/dose Bólus seguintes: 0.08 a 0.1 mg/kg/dose

- *Hipertensão arterial* (ecstasy, LSD, cocaína ou metanfetaminas) (Gunja, 2012; Montoya & McCann, 2010; Vargens, Costa, Oliveira, & Andrade, 2015; Veloso de Souza et al., 2003):
 - Benzodiazepinas (1ª linha) ou nitroprussiato de sódio (2ª linha);
 - Uso de beta-bloqueantes está contraindicado (Freeman & Feldman, 2008; Gupta, Greller, & Hoffman, 2010).

- *Dor torácica* (ecstasy, cocaína ou metanfetaminas) (Maraj, Figueredo, & Lynn Morris, 2010; McCord et al., 2008; Montoya & McCann, 2010; Zimmerman, 2012):
 - Benzodiazepinas (1ª linha);
 - Oxigénio suplementar;
 - Uso de beta-bloqueantes está contraindicado (Freeman & Feldman, 2008; Gupta, Greller, & Hoffman, 2010).

- *Agitação psicomotora* (cannabis, ecstasy, LSD, cocaína ou metanfetaminas) (Gunja, 2012; Montoya & McCann, 2010; Ruha & Yarema, 2006; Veloso de Souza et al., 2003; Zimmerman, 2012):
 - Benzodiazepinas (1ª linha) ou haloperidol (2ª linha, contraindicado nos casos de intoxicação por substâncias estimulantes);
 - Ambiente calmo (eliminar estímulos auditivos e visuais excessivos);
 - Restrição física está contraindicada.

- *Hipertermia* $T \geq 41.1^{\circ}C$ (ecstasy, LSD, cocaína ou metanfetaminas) (Callaway & Clark, 1994; Gunja, 2012; Montoya & McCann, 2010; Vargens, Costa, Oliveira, & Andrade, 2015; Veloso de Souza et al., 2003; Zimmerman, 2012):
 - Benzodiazepinas (1ª linha) ou relaxantes musculares não despolarizantes (2ª linha);
 - Medidas de arrefecimento periférico;
 - Uso de antipiréticos e de succinilcolina está contraindicado.

- *SIHAD e Hiponatremia* (ecstasy) (Vargens, Costa, Oliveira, & Andrade, 2015; Veloso de Souza et al., 2003; Verbalis et al., 2015):
 - Restrição hídrica (1ª linha) ou cloreto de sódio hipertônico NaCl 3% (2ª linha);
 - Fluidoterapia agressiva está contraindicada.

Orientação

Após estabilização clínica e tratamento específico da intoxicação aguda por substâncias de abuso aconselha-se a manutenção do internamento hospitalar para vigilância e monitorização, durante um período mínimo de seis horas. Se após esse período de vigilância se mantiver assintomático e com sinais vitais estáveis, o adolescente poderá ter alta para o domicílio.

De acordo com a gravidade dos consumos detetados (uso, abuso ou dependência), os fatores de risco, os fatores protetores e as comorbilidades associadas, recomenda-se o acompanhamento posterior do adolescente em consulta especializada, à semelhança do proposto pela Direção-Geral da Saúde em 2014 (Direção-Geral da Saúde, 2014; Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010).

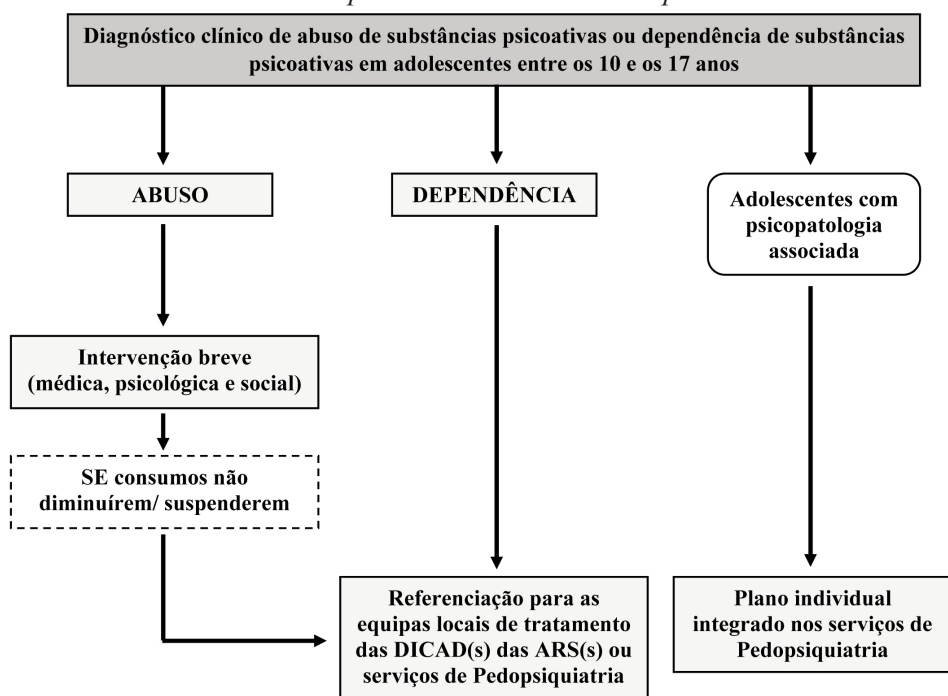
O abuso de substâncias psicoativas define-se pelo ICD-10 como um modo de consumo que é prejudicial à saúde, associando-se a complicações físicas ou psíquicas, mas sem dependência (Conceição et al., 2012). A síndrome de dependência define-se como um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após consumo repetido de uma substância psicoativa, associando-se tipicamente a um poderoso desejo de consumir, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências negativas, à priorização do consumo em detrimento de outras atividades, à tolerância aos efeitos da substância e, por vezes, a um estado de abstinência física (Barangan & Alderman, 2002; Conceição et al., 2012; Direção-Geral da Saúde, 2014; Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010).

Nos casos de experimentação ocasional e de abuso sem dependência, sugere-se que os adolescentes sejam referenciados a uma Consulta de Adolescentes (no hospital ou na comunidade) que permita uma intervenção médica, psicológica e social breve de modo a diminuir ou suspender os consumos e prevenir outros comportamentos de risco (Direção-Geral da Saúde, 2014; Marques & Cruz, 2000; Phillips et al., 2014; Ribeiro & Rosendo, 2011). Os adolescentes com comportamentos de experimentação ou abuso sem dependência, mas com patologia mental associada devem ser referenciados a uma Consulta de Pedopsiquiatria. Nos casos de dependência, por necessidade

de intervenções individualizadas mais prolongadas, os adolescentes deverão ser referenciados para as Unidades de Intervenção Local das DICAD (Divisão para Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências das Administrações Regionais de Saúde) ou para equipas especializadas de Pedopsiquiatria (Gráfico 1) (Barangan & Alderman, 2002; Direção-Geral da Saúde, 2014; Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010).

GRÁFICO 1

Algoritmo de referência dos adolescentes com diagnóstico clínico de abuso ou dependência de substâncias psicoativas



Nota. DICAD: Divisão para Intervenção nos Comportamento Aditivos e Dependências; ARS: Administração Regional de Saúde. Adaptado de *Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens*, Direção-Geral da Saúde, 2014.

COMENTÁRIOS FINAIS

O consumo de substâncias de abuso entre os adolescentes portugueses, apesar de relevante, tem vindo a estabilizar ou até a diminuir nos últimos anos.

A cannabis é a substância psicoativa ilegal mais frequentemente consumida na adolescência. A intoxicação aguda por cannabis associa-se tipicamente a quadros clínicos ligeiros, habitualmente sem necessidade de terapêutica específica. No entanto, quadros de intoxicação grave poderão surgir, nomeadamente quando há consumo simultâneo de diferentes grupos de substâncias psicoativas.

O tratamento das intoxicações agudas por substâncias psicoativas é quase exclusivamente dirigido pela clínica apresentada pelo adolescente. Em todos os casos de suspeita de consumo, deve-se excluir hipoglicémia como causa da alteração do estado mental. Apenas os opiáceos têm antídoto específico, a naloxona. Este fármaco deve ser administrado empiricamente a todos os adolescentes com quadro de miose, depressão da consciência e depressão respiratória, independentemente da história de consumos. Na maioria das complicações, as benzodiazepinas são os fármacos de primeira linha. Após a alta hospitalar, os adolescentes devem ser referenciados a uma consulta especializada.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatric Committee on Drugs. (1990). Naloxone dosage and route of administration for infants and children: Addendum to emergency drug doses for infants and children. *Pediatrics*, 86, 484-485.
- Bachs, L., & Morland, H. (2001). Acute cardiovascular fatalities following cannabis use. *Forensic Sci Int*, 27, 200-203.
- Barangan, C. J., & Alderman, E. M. (2002). Management of substance abuse. *Pediatr Ver*, 23, 123-131.
- Booker, R. J., Smith, J. E., & Rodger, M. P. (2009). Packers, pushers and stuffers managing patients with concealed drugs in UK emergency departments: A clinical and medicolegal review. *Emerg Med J*, 26, 316-320.
- Boyer, E. W. (2012). Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med*, 367, 146-155.
- Brust, J. C. (2014). Neurologic complications of illicit drug abuse. *Continuum*, 20, 642-656.
- Callaway, C. W., & Clark, R. F. (1994). Hyperthermia in psychostimulant overdose. *Ann Emerg Med*, 24, 68-76.
- Camchong, J., Lim, K. O., & Kumra, S. (2016). Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: A longitudinal study. *Cereb Cortex*, 23.
- Conceição, A. C., Correia, A., Silva, A. C., Lufinha, A., Freitas, A. P., Brito, B. . . . Cunha, S. (2012). *Emergências*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

- Cunningham, N. (2012). Medicolegal issues surrounding body packers, pushers and stuffers. *Emerg Med Australas*, 24, 590-594.
- Degenhardt, L., Roxburgh, A., & Barker, B. (2005). Underlying causes of cocaine, amphetamine and opioid related deaths in Australia. *J Clin Forensic Med*, 12, 187-195.
- Deuchande, S., Abecasis, F., Fermeiro, J., Janeiro, P., Vieira, M., Camilo, C., & Correia, M. (2010). A importância de doses maiores de naloxona no tratamento da intoxicação por metadona. *Acta Pediatr Port*, 41, 211-213.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Feijão, F. (2007). Adolescentes e consumo de substâncias psicoactivas: O tempo e o território enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa. *Rev Toxicodependências*, 13, 59-80.
- Feijão, F. (2012). *Inquérito nacional em meio escolar, 2011 – Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Ministério da Saúde.
- Ferreira, M. S. (2013). Consumo de substâncias, estilos de vida activos e a saúde dos adolescentes portugueses. *Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa*.
- Freeman, K., & Feldman, J. A. (2008). Cocaine, myocardial infarction, and beta-blockers: Time to rethink the equation? *Ann Emerg Med*, 51, 130-134.
- Garcia-Algar, O., Papaseit, E., Velasco, M., López, N., Martínez, L., Luaces, C., & Vall, O. (2011). Drugs of abuse acute intoxication in paediatric emergencies. *An Pediatr*, 74, 413.
- Gaspar de Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014: A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Goforth, H. W., & Fernandez, F. (2012). Acute neurologic effects of alcohol and drugs. *Neurol Clin*, 30, 277-284.
- Gotway, M. B., Marder, S. R., Hanks, D. K., Leung, J. W., Dawn, S. K., & Gean, A. D. (2002). Thoracic complications of illicit drug use: An organ system approach. *Radiographics*, 22, 119-135.
- Grotenhermen, F. (2003). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet*, 42, 327-360.
- Gunja, N. (2012). Teenage toxins: Recreational poisoning in the adolescence. *J Paediatr Child Health*, 48, 560-566.
- Gupta, A. K., Greller, H. Á., & Hoffman, R. S. (2010). Beta-blockers and cocaine: Still a bad idea. *Arch Intern Med*, 170, 1859-1860.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*, 6, 39-45.
- Hayes, B. D., Martinez, J. P., & Barrueto, F. Jr. (2013). Drug-induced hyperthermic syndromes: Part I hyperthermia in overdose. *Emerg Med Clin North Am*, 31, 1019-1033.

- Henry, J. A. (1996). Management of drug abuse emergencies. *J Accid Emerg Med*, 13, 370-372.
- Hoffman, R. J., Grinshun, A., Paulose, D. T., & Hahn, I. H. (2007). Pediatric toxicology update: Rational management of pediatric exposures and poisonings. *EB Medicine*, 9, 1-28.
- Holstege, C. P., & Borek, H. A. (2012). Toxidromes. *Crit Care Clin*, 28, 479-498.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). *Relatório ESPAD 2011: Consumo de substâncias entre os alunos de 36 países europeus*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Jenkins, A. J., Keenan, R. M., Henningfield, J. E., & Cone, E. J. (1994). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of smoked heroin. *J Anal Toxicol*, 18, 317-330.
- Jones, J. D., Mogali, S., & Comer, S. D. (2012). Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend*, 125, 8-18.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: An update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28, 849-863.
- Karila, L., Roux, P., Rolland, B., Benyamina, A., Reynaud, M., Aubin, H. J., & Lançon, C. (2014). Acute and long-term effects of cannabis use: A review. *Curr Pharm Des*, 20, 4112-4118.
- Kaul, P., & Coupey, S. M. (2002). Clinical evaluation of substance abuse. *Pediatr Rev*, 23, 85-94.
- Lan, K. C., Lin, Y. F., Yu, F. C., Lin, C. S., & Chu, P. (1998). Clinical manifestations and prognostic features of acute methamphetamine intoxication. *J Formos Med Assoc*, 97, 528-533.
- Lewis, J. M., Klein-Schwartz, W., Benson, B. E., Oderda, G. M., & Takai, S. (1984). Continuous naloxone infusion in pediatric narcotic overdose. *Am J Dis Child*, 138, 944-946.
- Li, W., & Gunja, N. (2013). Illicit drug overdose: Prevalence and acute management. *Aust Fam Physician*, 42, 481-485.
- Liakoni, E., Dolder, P. C., Rentsch, K., & Liechti, M. E. (2015). Acute health problems due to recreational drug use in patients presenting to an urban emergency department in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 145.
- Lipski J, Stimmel B., & Donoso E. (1973). The effect of heroin and multiple drug abuse on the electrocardiogram. *Am Heart J*, 86, 663-668.
- Loiselle, J. M., Baker, M. D., Templeton, J. N. Jr, Schwartz, G., & Drott, H. (1993). Substance abuse in adolescent trauma. *Ann Emerg Med*, 22, 1530-1534.
- Maia, C., Freira, S., Fonseca, H., Pedro, R., & Silva, F. (2010). Consumo de substâncias no adolescente. *Acta Pediatr Port*, 41, 262-265.
- Maldonado, J. R. (2010). An approach to the patient with substance use and abuse. *Med Clin North Am*, 94, 1169-1205.
- Maraj, S., Figueredo, V. M., & Lynn Morris, D. (2010). Cocaine and the heart. *Clin Cardiol*, 33, 264-269.
- Marques, A. C., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr*, 22, 32-36.
- Marraffa, J. M., Cohen, V., & Howland, M. A. (2012). Antidotes for toxicological emergencies: A practical review. *Am J Health Syst Pharm*, 69, 199-212.

- McCord, J., Jneid, H., Hollander, J. E., de Lemos, J. A., Cercek, B., Hsue, P., . . . American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. (2008). Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction: A scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*, 117, 1897-1907.
- Meredith, C. W., Jaffe, C., Ang-Lee, K., & Saxon, A. J. (2005). Implications of chronic methamphetamine use: A literature review. *Harv Rev Psychiatry*, 13, 141-154.
- Moeller, K. E., Lee, K. C., & Kissack, J. C. (2008). Urine drug screening: Practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*, 83, 66-76.
- Montoya, I. D., & McCann, D. J. (2010). Drugs of abuse: Management of intoxication and antidotes. *EXS*, 100, 519-541.
- Neto, C., Fraga, S., & Ramos, E. (2012). Illicit substances use by portuguese adolescents. *Rev Saude Publica*, 46, 808-815.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2013). *Relatório europeu sobre drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Paratz, E. D., Cunningham, N. J., & MacIsaac, A. L. (2016). The cardiac complications of methamphetamines. *Heart Lung Circ*, 25, 325-332.
- Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., & Hintzen, A. (2008). The pharmacology of lysergic acid diethylamide: A review. *CNS Neurosci Ther*, 14, 295-314.
- Phillips, N. L., Milne, B., Silsbury, C., Zappia, P., Zehetner, A., Klineberg, E., . . . Steinbeck, K. (2014). Addressing adolescent substance use in a paediatric health-care setting. *J Paediatr Child Health*, 50, 726-731.
- Pinheiro, A., Picanço, P., & Barbeito, J. (2011). A realidade do consumo de drogas nas populações escolares. *Rev Port Clin Geral*, 27, 348-355.
- Riahi-Zanjani, B. (2014). False positive and false negative results in urine drug screening tests: Tampering methods and specimen integrity tests. *Archives*, 1, 102-108.
- Ribeiro, C., & Rosendo, I. (2011). Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 27, 184-186.
- Riordan, M., Rylance, G., & Berry, K. (2002). Poisoning in children 1: General management. *Arch Dis Child*, 87, 392-396.
- Ruha, A. M., & Yarema, M. C. (2006). Pharmacologic treatment of acute pediatric methamphetamine toxicity. *Pediatr Emerg Care*, 22, 782-785.
- Satndridge, J. B., Adams, S. M., & Zotos, A. P. (2010). Urine drug screening: A valuable office procedure. *Am Fam Physician*, 81, 635-640.
- Temporelli, P. L., Boccanelli, A., Desideri, G., Faggiano, P., Mora, G., Oliva, F., & Terrosu, P. (2015). The serotonin syndrome: Why should cardiologists be aware and scared of it. *G Ital Cardiol*, 16, 34-43.
- van Heugten-Van der Kloet, D., Giesbrecht, T., van Wel, J., Bosker, W. M., Kuypers, K. P., Theunissen, E. L., . . . Ramaekers, J. G. (2015). MDMA, cannabis, and cocaine produce acute dissociative symptoms. *Psychiatry Res*, 228, 907-912.

- Vargens, M. C., Costa, L. O., Oliveira, E. G., & Andrade, M. M. (2015). *Ecstasy e LSD: Guia prático numa unidade de emergência*. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.
- Veloso de Souza, L. M., Hoshi, L., Lima, L. F., Santiago, M. M., Alves, M. P., & Mendonça, L. O. (2003). Revisão toxicológica e tratamento da intoxicação pelo êxtase. *Rev Neurociências*, 11, 18-22.
- Verbalis, J. G., Greenberg, A., Burst, V., Haymann, J. P., Johannsson, G., Peri, A., . . . Dave, J. (2015). Diagnosing and treating the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Am J Med*, 14.
- World Health Organization. (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: Author.
- Zimmerman, J. L. (2012). Cocaine intoxication. *Crit Care Clin*, 28, 517-526.

ABSTRACT

Adolescence is a unique period in life, characterized by many physical and mental changes. Frequent experimentation of psychoactive substances can be associated with acute intoxication symptoms, often by cannabis with mild complains that do not need treatment. However, occasionally, severe intoxication symptoms may appear. Therefore, it is important that any health professional knows to diagnose and treat these situations. The first step on the approach to any seriously ill adolescent is initial assessment and stabilization, respecting the ABCDE principles of the basic life support. Subsequently, the secondary assessment (anamnesis, physical examination and diagnostic exams) can help to identify the psychoactive substance(s) consumed and to guide the following treatment. The specific therapy consists in reducing the illicit substance absorption, antagonizing its action and treating its complications. Decontamination (nasal or gastrointestinal) is seldom indicated. Regarding the use of antagonists, only opioids have a specific antidote, naloxone. Appropriate treatment of the complications is essential; benzodiazepines are the first-line drugs in most cases. After stabilization, it is important to maintain clinical surveillance. Later, after hospital discharge, the adolescent's follow-up should be made in specialized medical appointments.

Key words: Psychoactive substances, Acute drug intoxication, Adolescence, Paediatrics emergency room.

MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA

João Caseiro *

RESUMO

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumática crónica pediátrica mais comum. É uma causa frequente de perda de funcionalidade, de incapacidade, de dor, de limitação da mobilidade articular, de rigidez articular e de má forma física nos jovens e adolescentes. O curso da doença é variável, não só consoante o padrão clínico da AIJ, de acordo com os critérios da International League of Associations for Rheumatology, mas também dentro de um mesmo padrão clínico.

Apesar de ser aceite que uma maior incapacidade física se associa a uma incidência aumentada de depressão e perturbações de ansiedade em adultos com artrite reumatoide não há consenso no que respeita a este impacto em crianças com AIJ.

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão da literatura publicada nos últimos 3 anos sobre a morbilidade psiquiátrica entre os doentes com AIJ.

Foram pesquisados através da PubMed todos os artigos em Inglês publicados nos anos de 2013, 2014 e 2015 (até final de julho) com o termo MeSH “Juvenile idiopathic arthritis”. De um total de 1259 artigos encontrados na pesquisa feita na PubMed 2 foram considerados relevantes, já que eram os únicos que diziam respeito a morbilidade psiquiátrica em doentes com AIJ.

Conclui-se assim que poucos estudos têm sido publicados sobre a relação entre AIJ e morbilidade psiquiátrica, não se podendo, à luz da evidência atual, considerar que crianças e adolescentes com AIJ apresentam um risco mais elevado de apresentarem dificuldades do foro psíquico.

* Mestre em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Licenciado em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar do Porto, Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência.

Ainda assim, e apesar de com os estudos já publicados se poder excluir uma forte ligação entre AIJ e psicopatologia, falta um estudo prospetivo, preferencialmente multicêntrico, que agrupe os utentes com AIJ consoante o seu padrão clínico, severidade da doença, limitação física causada e avalie nestes grupos, comparando-os com um grupo de controlo, a prevalência de psicopatologia ao longo do tempo.

Palavras-chave: Artrite Idiopática Juvenil, Morbilidade psiquiátrica, Incapacidade.

INTRODUÇÃO

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumática crónica pediátrica mais comum, com uma prevalência estimada de cerca de 10 para 100 mil crianças no Reino Unido e de cerca de 14-15 para 100 mil crianças na Escandinávia (Berntson et al., 2004; Symmons et al., 1996). É uma causa frequente de perda de funcionalidade, de incapacidade, de dor, de limitação da mobilidade articular, de rigidez articular e de má forma física nos jovens e adolescentes (Weiss & Ilowite, 2007). O curso da doença é variável, não só consoante o padrão clínico da AIJ, de acordo com os critérios da International League of Associations for Rheumatology, mas também dentro de um mesmo padrão clínico (Martini, 2012).

Sendo uma doença heterogénea associada a morbilidade articular e sistémica, a maior parte das formas de AIJ não colocam em risco a vida do doente. A doença pode contudo ter um impacto marcado no normal desenvolvimento, nas atividades da vida diária e no funcionamento psicossocial. Os processos associados à doença bem como as medicações usadas no seu tratamento podem alterar a aparência, nomeadamente face de lua cheia e limitação do crescimento por parte dos corticosteroides, causando desconforto ao doente. Para além disto, alterações ao nível da marcha podem afetar a autoimagem e a vida escolar (Cassidy, Petty, Laxer, & Lindsay, 2011).

Os pais de crianças com doenças crónicas tendem a interferir com o desenvolvimento de competências sociais, a reforçar a dependência, a restringir a liberdade individual e a sobreprotegê-los. Crianças e adolescentes com AIJ tendem a adotar um estilo de vida mais sedentário, muitas vezes por limitações inerentes à doença como a fadiga, dor, tumefação e rigidez articular (Cassidy, Petty, Laxer, & Lindsay, 2011).

A participação em atividade lúdica é fundamental na criança e no adolescente para a manutenção de um estilo de vida saudável, para o desenvolvimento de amizades, bem como para a aquisição de competências cognitivas e sociais (Larson, 2000). Se a participação nestas atividades for limitada ao longo do tempo a criança e o adolescente podem não ter contactos sociais com os pares, apresentando dificuldade em fazer amizades e experienciando um maior isolamento social, que poderá aumentar o risco de depressão (Reiter-Purtill, Gerhardt, Vannatta, Passo, & Noll, 2003).

Apesar de ser aceite que uma maior incapacidade física se associa a uma incidência aumentada de depressão e perturbações de ansiedade em adultos com artrite reumatóide (Zyrianova et al., 2006) não há consenso no que respeita a este impacto em crianças com AIJ. Não obstante, Rapoff, McGrath e Lindsley concluíram em 2003 que a maioria dos estudos publicados não encontraram nenhum défice psicossocial significativo em crianças com AIJ quando comparadas com controlos saudáveis.

Ding, Hall, Jacobs e Davis consideraram que os estudos realizados até então apresentavam uma amostra pequena e heterogénea, uma vez que misturavam crianças com envolvimento oligoarticular e poliarticular. Para tentar ultrapassar estas limitações realizaram um estudo seccional com um grupo homogéneo de crianças, com envolvimento de 4 articulações ou mais, examinando o funcionamento físico e a sua relação com vários aspetos do funcionamento psicológico da criança. Concluíram que crianças e adolescentes com poliartrite não apresentam um risco significativamente mais elevado de apresentarem dificuldades psicológicas. Para além disto, concluíram que um pior estado psicológico estava associado a uma mais grave incapacidade física, mas não a uma maior atividade da doença (Ding, Hall, Jacobs, & Davis, 2008).

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão não sistemática da literatura publicada nos últimos 3 anos sobre a morbilidade psiquiátrica ou psicopatologia entre os doentes com AIJ, verificando se surgiram novas evidências sobre um maior risco de morbilidade psiquiátrica entre utentes com AIJ consoante o seu padrão clínico, severidade da doença e limitação física causada pela doença.

MÉTODO

Neste estudo foi utilizada uma metodologia não sistemática, uma vez que não foi encontrado nenhum estudo que recorresse a qualquer uma das

classificações internacionais de doenças mentais e tendo em conta de o facto de não se ter conseguido encontrar nenhum termo MeSH ou outra medida objetiva que agregasse todos os artigos que versassem a problemática abordada.

Foram pesquisados através da PubMed todos os artigos em Inglês publicados nos anos de 2013, 2014 e 2015 (até final de julho) com o termo MeSH “Juvenile idiopathic arthritis”.

Numa primeira fase e após consulta do resumo foram incluídos todos os artigos que diziam respeito a psicopatologia, morbilidade psiquiátrica, dor, sofrimento, perda funcional, atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde.

Destes, e após leitura do artigo completo selecionaram-se aqueles que diziam respeito a morbilidade psiquiátrica ou a psicopatologia em utentes com artrite idiopática juvenil.

RESULTADOS

De um total de 1259 artigos encontrados na pesquisa na PubMed 26 diziam respeito a psicopatologia, morbilidade psiquiátrica, dor, sofrimento, perda funcional, atividade física ou qualidade de vida relacionada à saúde. Após leitura completa dos artigos 2 foram considerados relevantes, já que apenas estes diziam respeito a morbilidade psiquiátrica ou a psicopatologia em utentes com artrite idiopática juvenil.

Num estudo seccional com 67 crianças com AIJ, Stevanovic e Susic (2013) procuraram avaliar a relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida associada à saúde (QVAS). A QVAS foi aferida utilizando o Pediatric Quality of Life Inventory, a sintomatologia ansiosa foi aferida recorrendo ao Child Anxiety Related Emotional Disorders Questionnaire e a sintomatologia depressiva usando o Mood and Feeling Questionnaire. A QVAS é um constructo multidimensional que inclui componentes físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais de bem-estar e função que é reconhecido como uma das medidas de qualidade para avaliação da evolução da AIJ, devendo para isto ser aplicada rotineiramente entre os que padecem de AIJ (Lovell et al., 2011).

Concluíram estes autores que os sintomas depressivos, mas não os ansiosos, eram responsáveis por uma variação substancial da QVAS, considerando os fatores demográficos, clínicos e a dor. Desta forma consideram que o *screening*

para depressão deve ser considerado como parte da avaliação multimodal e do plano terapêutico da AIJ.

Fuchs et al. (2013) procuraram investigar se adolescentes com AIJ beneficiariam de uma intervenção psicológica e qual o melhor momento para esta. O estudo que contou com 28 adolescentes com AIJ e 14 controlos que foram sujeitos a uma intervenção com a metodologia de auto-confrontação. Concluíram que de entre os adolescentes que referiam um baixo QVAS no início do estudo (cerca de um terço do total) perto de um terço beneficiou da intervenção, concluindo assim que o momento mais eficiente para uma intervenção psicológica seria aquele em que os adolescentes reportassem dificuldades ao nível da QVAS. Uma limitação óbvia do estudo é não haver tanto espaço para uma melhoria aferida pela escala nos adolescentes que reportam no período inicial um QVAS alto, ou seja, que já apresentam um funcionamento adequado.

Importante referir que estes estudos não separam os doentes consoante o padrão clínico de AIJ, o que pode esconder variabilidades consideráveis. A importância deste facto pode ser verificada por exemplo no estudo de validação da versão portuguesa do Child Health Questionnaire, que descreve valores médios diferentes de saúde global consoante o padrão clínico de AIJ (Melo-Gomes et al., 2001).

DISCUSSÃO

Conclui-se assim que poucos estudos têm sido publicados sobre a relação entre AIJ e morbilidade psiquiátrica, não se podendo, à luz da evidência atual, considerar que crianças e adolescentes com AIJ apresentam um risco mais elevado de apresentarem dificuldades do foro psiquiátrico.

Estes estudos não parecem trazer novas evidências sobre um possível maior risco de morbilidade psiquiátrica entre utentes com AIJ. Para além disso, a potencial relevância do padrão clínico, de acordo com os critérios da International League of Associations for Rheumatology, continua sem ter tida em conta.

Ainda assim, e apesar de com os estudos já publicados se poder excluir uma forte ligação entre AIJ e psicopatologia, falta um estudo prospetivo, preferencialmente multicêntrico, que agrupe os utentes com AIJ consoante o seu padrão clínico, severidade da doença e limitação física causada e que avalie

nestes grupos, comparando-os com um grupo de controlo, a prevalência de psicopatologia ao longo do tempo.

A caracterização da psicopatologia recorrendo a uma avaliação clínica ou alternativamente a uma entrevista psicológica estruturada e seguindo os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (World Health Organisation, 1992), poderia responder de forma mais definitiva à questão de se existirá uma relação clinicamente significativa entre artrite idiopática juvenil e psicopatologia.

BIBLIOGRAFIA

- Berntson, L., Gäre, B. A., Fath, A., Troels, H., Kristinsson, J., Lahdenne, P., . . . Nordic Study Group. (2004). Incidence of juvenile idiopathic arthritis in the Nordic countries. A population based study with special reference to the validity of the ILAR and EULAR criteria. *J Rheumatol*, 30, 2275-2282.
- Cassidy, J., Petty, R., Laxer, R., & Lindsay, C. (2011). *Textbook of pediatric rheumatology*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Ding, T., Hall, A., Jacobs, K., & Davis, J. (2008). Psychological functioning of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis is related to physical disability but not to disease status. *Rheumatology*, 47, 660-664.
- Fuchs, C. E., Van Geelen, S. M., Hermans, H. J. M., van de Putte, E. M., van Geel, R., Sinnema, G., & Kuis, W. (2013). Psychological intervention for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: For whom and when?. *J Rheumatol*, 40, 528-534.
- Larson, R. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183.
- Lovell, D., Passo, M., Beukelman, T., Bowyer, S. L., Gottlieb, B. S., Henrickson M., . . . Giannini, E. H. (2011) Measuring process of arthritis care: A proposed set of quality measures for the process of care in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care & Research*, 63, 10-16.
- Martini, A. (2012). It is time to rethink juvenile idiopathic arthritis classification and nomenclature. *Ann Rheum Dis*, 71, 1437-1439.
- Melo-Gomes, J. A., Ruperto, N., Canhão, H., Fonseca, J. E., Quintal, A., Salgado, M., & Santos, M. J. (2001) The portuguese version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol*, 19(23), 126-130.
- Rapoff, M., McGrath, A., & Lindsley, C. (2003). *Medical and psychosocial aspects of juvenile rheumatoid arthritis*. New York: Guildford.
- Reiter-Purtill, J., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., Passo, M. H., & Noll, R. B. (2003). A controlled longitudinal study of the social functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr Psychol*, 29, 17-28.

- Stevanovic, D., & Susic, G. (2013). Health-related quality of life and emotional problems in juvenile idiopathic arthritis. *Qual Life Res*, 22, 607-612.
- Symmons, D. P., Jones, M., Osborne, J., Sills, J., Southwood, T. R., & Woo, P. (1996). Pediatric rheumatology in the United Kingdom: Data from the British pediatric rheumatology group national diagnostic register. *J Rheumatol*, 23, 1975-1980.
- Weiss, J., & Ilowite, N. (2007). Juvenile idiopathic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 33, 441-470.
- World Health Organisation. (1992). *ICD-10 classifications of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
- Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Gallagher, C., McCarthy, C., Molloy, M. G., Sheehan, J., & Dinan, T. G. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: The role of perceived social support. *Ir J Med Sci*, 175, 32-36.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic Arthritis (JIA) is the most common chronic rheumatic disorder in children. It is a frequent cause of loss of functionality, incapacity, pain, loss of joint mobility, stiffness and poor physical condition in children and adolescents. The natural course is variable, not only with its clinical pattern, according to the International League of Associations for Rheumatology, but also within a clinical pattern.

Despite the fact that a higher physical incapacity is associated with an increased incidence of depression and anxiety disorders in adults with Rheumatoid Arthritis there is no agreement among children with JIA.

In this work we review the literature published in the last three years about the psychiatric morbidity among patients with JIA.

The search was conducted using PubMed and all the articles published in the years of 2013, 2014 and 2015 (until July) with the MeSH Term “juvenile idiopathic arthritis” were included. From a total of 1259 articles found 2 were considered relevant, since these were the only ones who addressed the relation between JIA and Psychiatric morbidity.

We concluded that few articles about the psychiatric comorbidity of JIA were published in the last few years. According to the evidence available we cannot consider that a child or an adolescent with JIA presents a higher risk of presenting psychological distress.

If with the available data we can exclude a strong link between JIA and psychopathology a prospective study, preferentially multicentre is still lacking.

Key words: Juvenile Idiopathic Arthritis, Psychiatric Morbidity, Incapacity.

CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA: DAS CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS-TRATOS À INTERVENÇÃO

José Sargento *

RESUMO

Procura-se, neste trabalho, pensar as consequências dos maus-tratos no desenvolvimento e saúde mental das crianças e jovens institucionalizados. Exploram-se as diversas manifestações de sintomatologia psicopatológica que poderão decorrer dos maus-tratos, refletindo-se, também, acerca das situações em que o sofrimento da criança parece encapsulado numa reação de choque, que inibe a expressão sintomática aberta no imediato, atirando-a para o médio ou longo prazo. Aborda-se a intervenção e a necessidade da Instituição se afigurar como uma fonte de novos modelos e padrões relacionais. Enfatiza-se, neste sentido, a importância da capacidade reflexiva da Instituição no que concerne às reações e contrarreações emocionais que a criança desperta em cada um dos técnicos e na Instituição como um todo. Reflete-se, ainda, acerca da importância de uma avaliação psicológica cuidada, que possa fornecer coordenadas claras para a intervenção psicológica e/ou psicofarmacológica, assim como para a gestão das atividades lúdicas e pedagógicas.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Institucionalização, Psicopatologia.

INTRODUÇÃO

A institucionalização das crianças surge como uma resposta de última linha, uma espécie de mal menor (Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008) em que, para se proteger as crianças de maus-tratos muito graves, se tem de as expor a uma separação abrupta do seu contexto familiar, social e escolar. Parte-se, assim, do

* Psicólogo. Escola Superior de Educação de Viseu, CI&DETS, Instituto Piaget de Viseu.

pressuposto, que os custos da rutura com o meio familiar e social, sendo grandes, são menores do que aqueles que decorreriam da manutenção da criança no contexto onde ocorrem os maus-tratos.

Se com Bowlby (Bowlby, 1982) e todos os teóricos da vinculação que se lhe seguiram, assumirmos que o desenvolvimento humano depende, em larga medida, da construção de relações seguras, especialmente na infância, não há muito como imaginar uma criança que integra uma instituição à margem de um sofrimento muito intenso. Quando quem era suposto proteger a criança, vestindo um bocadinho a pele de super-herói que vence todos os monstros e fantasmas, afinal de contas encarna muito melhor o papel de lobo mau, não há muito como imaginar que uma criança possa crescer saudável.

AS CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS-TRATOS

A investigação empírica tem assinalado os prejuízos no desenvolvimento, qualidade de vida e saúde mental das crianças e jovens institucionalizados. Um estudo com mais de 700 adolescentes com história de institucionalização dá conta que estes adolescentes tendem, no futuro, a apresentar taxas significativamente mais elevadas de perturbação de stresse pós-traumático do que a população geral (Salazar, Keller, Gowen, & Courtney, 2013). Num outro estudo, de larga escala, verificou-se que as crianças e adolescentes institucionalizados, quando comparados com crianças e adolescentes da população geral, apresentavam uma qualidade de vida significativamente mais pobre nos mais diversos domínios: uma saúde mais empobrecida, mais comportamentos agressivos, imaturos e delinquentes; scores de ansiedade e depressão mais elevados, e uma autoestima mais pobre. Estas diferenças serão, em boa parte, explicadas, de acordo com os autores do estudo, pela maior prevalência de problemas de saúde mental entre as crianças e adolescentes institucionalizados (Carbone, Sawyer, Searle, & Robinson, 2007).

As perturbações do comportamento decorrentes dos maus-tratos tendem, no essencial, a manifestar-se sob duas constelações sintomáticas. Nas crianças pequenas, sob a forma de um permanente estado de alerta, procurando, antes de realizar qualquer gesto, a aprovação do adulto; ou, pelo contrário, sob a forma de uma procura do estranho sem nenhuma reserva, estabelecendo com ele uma relação demasiado imediata ou regressiva. Nas crianças mais velhas, sob a forma de timidez e isolamento ou, pelo contrário, através de agitação psicomotora e comportamentos caóticos e violentos (Marcelli, 2005). As crianças e adolescentes institucionalizadas tenderão, neste contexto, a manifestar uma

grande diversidade de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente instabilidade, agitação psicomotora e défice de atenção, hipervigilância, perturbações do desenvolvimento, manifestações psicossomáticas, enurese, encoprese, anorexia, perturbações do sono, impulsividade, agressividade, sintomatologia depressiva, baixa auto-estima (Marcelli, 2005); dificuldades de integração social (Kaler & Freeman, 1994); dificuldades em estabelecer relações de intimidade (Holmes, 1993) e atrasos globais ou específicos do desenvolvimento (Pereira et al., 2010).

Nalgumas circunstâncias, porém, e ao contrário do que, porventura, seria expectável, estas crianças parecem não apresentar uma sintomatologia psicopatológica muito exuberante. Num ou noutro caso muito particular, essa ausência de psicopatologia manifesta parece poder estar associada a fatores protetores, que sustentam um funcionamento resiliente. Todavia, algumas décadas depois de termos aprendido com os teóricos da vinculação o caráter absolutamente vital da relação no desenvolvimento humano, e por mais que confiemos na extraordinária capacidade de uma criança regenerar, vezes sem conta, os seus recursos saudáveis, não há como imaginarmos que experiências de maus-tratos muito graves (tão graves que justificaram uma institucionalização) não se reflitam num sofrimento muito profundo. Esta inexpressividade face a maus-tratos tão graves poderá ser compaginável com uma reação de choque, “que se traduz por um isolamento glacial de todos os afetos da expressão racional que os acompanha (...)” que, congelando o sofrimento no imediato atirará a sua manifestação aberta para um futuro mais ou menos próximo (Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008, p. 181). Nas linhas a sublinhado deve ler-se: “Verificar-se-ia, nestas circunstâncias, uma acomodação patológica ao trauma, através da qual a criança inibe as reações manifestas, adaptando-se ao que imagina serem as expectativas e desejos dos cuidadores (Brandchaft, 2007). Todavia, as situações traumáticas, para além dos efeitos devastadores que podem ter a curto prazo (e que estariam, em boa medida, inibidos nestas crianças dominadas por uma acomodação patológica), podem refletir-se, a longo prazo, em modelos relacionais pouco saudáveis, organizados sob a forma das mais diversas perturbações de personalidade (Ferreira, 2002).

A INTERVENÇÃO

Com décadas de estudos sobre as relações precoces e a vinculação, temos vindo a aprender que a qualidade das primeiras relações da criança não só é

fundamental no seu desenvolvimento, como funciona como uma espécie de protótipo das relações futuras, condicionando a saúde mental e a qualidade de vida. Neste contexto, em que as primeiras relações da criança foram pautadas pela violência, pela inconstância e pelo desamparo, será fundamental que a instituição se afigure como um espaço de novos modelos e padrões relacionais (Marcelli, 2005). Não podendo, em nenhuma circunstância, substituir o papel singular que só uma família consegue ter na vida de uma criança, a Instituição poderá afigurar-se como um espaço de reparação de algum do sofrimento incomensurável, resultante de uma situação de maus-tratos.

Atendendo à maior prevalência de problemas de saúde mental entre as crianças institucionalizadas (Carbone, Sawyer, Searle, & Robinson, 2007) é fundamental que possam beneficiar de uma avaliação psicológica cuidadosa, da qual possam resultar as coordenadas para um plano de intervenção integrado, nomeadamente no que concerne à gestão da relação com o cuidador principal, à definição de estratégias pedagógicas e lúdicas e, naturalmente, à intervenção psicoterapêutica e/ou farmacológica (se necessárias). Nestas circunstâncias, será importante ter em consideração não apenas as crianças que apresentam sintomatologia psicopatológica aberta (Holmes, 1993; Kaler & Freeman, 1994; Marcelli, 2005; Pereira et al., 2010), mas também aquelas cujo sofrimento parece estar encapsulado numa reação de choque (Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008) (e que tenderão, porventura, a ser sinalizadas aos serviços de saúde mental com menos frequência).

Para que a Instituição se constitua como um espaço contentor de reparação é importante que a criança possa dispor de um cuidador principal (escolhido em função das características da criança) que, logo desde a fase de acolhimento, possa proporcionar a segurança e a constância que foram faltando em contexto familiar (Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008). A atuação do cuidador principal, dos técnicos e da instituição como um todo não deverá, nunca, perder de vista que a constância e coerência das regras, por um lado, e a relação acolhedora e afetuosa por outro, serão fundamentais para sustentar um sofrimento ora hemorrágico, ora encapsulado numa reação de choque. As reuniões de equipa e a colaboração estreita entre todos os técnicos envolvidos serão, neste contexto, fundamentais para que cada criança tenha um plano de cuidados (pedopsiquiátricos, psicoterapêuticos, pedagógicos, lúdicos, etc.) integrado e coerente com as suas necessidades (Marcelli, 2005; Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008). Para além da partilha constante de informação e da monitorização da evolução da criança, estas reuniões deverão permitir uma reflexão sustentada acerca das respostas e contrarrespostas emocionais que a criança suscita nos diversos colaboradores e na Instituição como um todo sob

pena de, se assim não for, a Instituição, poder, involuntariamente, reagir em espelho e replicar alguns dos aspetos patogénicos do ambiente anterior da criança (Marcelli, 2005).

Não podemos deixar de lembrar, a este respeito, um menino de 11 anos, em acompanhamento psicológico. Tinha sido vítima de maus-tratos físicos e psicológicos muito violentos, em função dos quais foi institucionalizado, quando tinha quase 4 anos. Antes de ser adotado – situação em que já se encontrava há quase dois anos, quando iniciou o acompanhamento – passou por duas instituições. A preocupação da mãe prendia-se com os seus problemas de comportamento recorrentes na Escola e com os ataques de fúria em casa, a que se seguiam episódios de um grande desamparo. Em termos de rendimento escolar, este menino oscilava entre os 70% ou 80% e os 15% ou 20%. Mais do que as matérias em si, parecia ser determinante a relação com os professores, no momento particular em que fazia os testes. Numa leitura mais atenta, percebemos que os problemas de comportamento deste menino ocorriam muito especialmente junto das pessoas de quem mais gostava: junto da mãe, do Professor de Português e da explicadora de Matemática, com quem tinha uma relação próxima. Também relativamente ao acompanhamento psicológico parecia, numa fase inicial, ter movimentos paradoxais: ao mesmo tempo que estava sempre a pedir à mãe que as consultas decorressem com maior regularidade, fazia questão de, invariavelmente, entrar na sala de consulta com ar de enfado. Não será descabido imaginar que esta criança, tão marcada por experiências de violência, abandono e desamparo, nos seus anos mais precoces, chegada a hora de confiar na constância destas novas relações – mais saudáveis e confiáveis agora – o fizesse passo a passo e de forma muito cuidadosa, sentindo a necessidade de se certificar vezes sem conta, através de comportamentos disruptivos nomeadamente, que as pessoas de quem gosta não só não o maltratam e abandonam como ainda conseguem conter os seus movimentos agressivos, ao mesmo tempo que o ajudam a organizar, pensar e legendar o que sente. Do mesmo modo, as crianças institucionalizadas tenderão a projetar as suas angústias e os seus padrões de relação em cada um dos técnicos com quem contactam e na Instituição como um todo, afigurando-se, por isso, como essencial a análise cuidada destas dinâmicas relacionais. “A capacidade terapêutica da instituição avalia-se frequentemente pela sua capacidade de reflexão, ou seja, pela sua capacidade de perceber nos conflitos que a animam a parte que procede da patologia da criança e a parte inevitável dos conflitos próprios dos adultos” (Marcelli, 2005, p. 639).

CONCLUSÕES

As situações de maus-tratos muito graves (de tal modo que justificaram a institucionalização) têm consequências muito nefastas no desenvolvimento, saúde mental e qualidade de vida das crianças institucionalizadas (Brandchaft, 2007; Carbone, Sawyer, Searle, & Robinson, 2007; Ferreira, 2002; Holmes, 1993; Kaler & Freeman, 1994; Marcelli, 2005; Pereira et al., 2010; Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008; Salazar, Keller, Gowen, & Courtney, 2013). Nestas circunstâncias, de uma avaliação psicológica e social minuciosa [quer das crianças que manifestam sintomatologia aberta (Holmes, 1993; Kaler & Freeman, 1994; Marcelli, 2005; Pereira et al., 2010), quer das que fazem uma acomodação patológica (Brandchaft, 2007), numa reação de choque (Sá, Silva, Matela, & Abrantes, 2008)] deverão decorrer – para além das coordenadas que auxiliem o cuidador principal, os diversos técnicos e a Instituição como um todo na gestão da relação com a criança – indicadores claros que balizem a intervenção psicoterapêutica e/ou psicofarmacológica (se necessárias), a gestão das atividades lúdicas e a elaboração, em conjunto com a Escola, de estratégias psicopedagógicas que possam favorecer o desenvolvimento da criança.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (2nd ed). New York: Basic Books.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of pathological accommodation, *Psychoanal. Psychol*, 24, 667-687.
- Carbone, J., Sawyer, M., Searle, A., & Robinson, P. (2007). The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Qual Life Res*, 16, 1157-1166.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory. Attachment theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- Kaler, S. R., & Freeman, B. J. (1994). An analyses of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 35, 769-781.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: Estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 222-231.

Sá, E., Silva, R., Matela, S., & Abrantes, A. (2008). A criança e o perigo: Clarificação, consequência e intervenção. In E. Sá (Coord). *Abandono e Adopção* (1ª ed., pp. 179-191). Coimbra: Almedina.

Salazar, A., Keller, T., Gowen, L., & Courtney, M. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 545-551.

ABSTRACT

In this article, we intend to address the consequences of maltreatment in the development and mental health of institutionalised children. We explore the various manifestations of psychopathological symptoms that can arise from situations of maltreatment, and we discussed the situations in which the children – having compromised the development of their mental health resources – do not manifest symptoms openly. We discuss the intervention and the need of the Foster Care System appears as a source of new models and relational patterns. We emphasize, in this regard, the importance of reflective capability of the institution with regard to the transference and countertransference that children awakens in staff people. Finally, we reflect on the importance of a careful psychological assessment, which can provide coordinates for the psychological and/or psychopharmacological intervention, as well as for the management of recreational and pedagogical activities.

Key-words: Children maltreatment, Foster care system, Psychopathology.

PRIMEIRA INFÂNCIA

O lugar da linguagem na comunicação

Maria Campeão Moura *

RESUMO

A questão da emergência da linguagem surge como pano de fundo ao desejo de abordar a comunicação que se estabelece ao longo do desenvolvimento psicoafectivo da primeira infância.

Apresenta-se uma vinheta clínica de uma criança com 25 meses com uma perturbação ao nível da relação e comunicação, onde o fluxo de troca recíproca apresenta particularidades, com o intuito de pensar o lugar da linguagem ao nível do estabelecimento relacional.

Numa perspectiva que se pretende integradora e indagante dos processos de desenvolvimento do próprio, nos condicionamentos da existência que nasce e se estabelece na relação com o outro, ficam algumas ideias para explorar.

Palavras-chave: Linguagem, Comunicação, Primeira infância, Intersubjetividade.

INTRODUÇÃO

Nasce-se e logo se procura que nos seja dado significado – à existência, à percepção do mundo e ao nosso próprio corpo e sentir; Nasce-se tão dependente da atribuição de significados de fora. No meio desta comunicação, mais receptiva, a identidade constrói-se numa liberdade tão parca... O que será essa liberdade de existir se há amarras que para sempre nos fundem?! Não seremos assim tão passivos porque, desde cedo, existe o choque inerente a

* Pedopsiquiatra. Coordenadora da Equipa de Pedopsiquiatria da Unidade Autónoma de Psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira.

qualquer relação, um choque de força dispar e que pode fazer sucumbir e desistir da relação das mais variadas formas: pela doença, pela resignação, pela dificuldade de ter um Eu que se expresse de modo autêntico no seu sentir. A ameaça externa pode ter demasiados efeitos. As ferramentas internas influenciam a forma como estes dinamismos se intrincam.

Um bebé vai conseguindo atribuir significados, expressar desejos, integrar os limites – quando tudo corre pelo melhor.

A autonomia do bebé nasce da certeza de existirem respostas previsíveis da parte dos Pais (ou principais cuidadores). A percepção da criança do seu próprio comportamento será codeterminada por este tipo de atribuição de significado por parte dos Pais, o conceito que a criança tem de si mesma será modulado pelas expectativas, ideias, predilecções e aversões destes (Brazelton & Cames (1989). A criança emerge no seio da família e os significados comportamentais que lhe vão sendo atribuídos moldam e estruturam as modalidades interactivas. Concomitantemente, cada criança tem características temperamentais que lhe são próprias e que podem ou não ser facilitadoras da reciprocidade interactiva.

Através da imitação e resposta aos seus sinais o bebé aprende que pode ter efeitos nos outros e começa a desenvolver o sentido de que age sobre o outro (“agency”). Para Fonagy (2002, citado por Graham, 2011), a partir dos 2 meses haverá uma preferência pela previsibilidade da resposta do cuidador, sendo que, gradualmente, e essencialmente a partir dos 3 meses, a novidade da interacção atrai cada vez mais o bebé, com procura de sincronias menos “perfeitas”. Quando emerge a expectativa de que o outro possa apreciar o que a criança vê, iniciar-se-á uma intersubjectividade secundária – traduzida pelos momentos de atenção conjunta e da emergência de um apontar protodeclarativo –, capacidade que surgirá no final do primeiro ano. A partir dos 10-14 meses, mas mais proeminentemente pelos 18 meses reconhece-se a existência de um comportamento altruísta, que tem por base a existência de uma capacidade empática (Radke-Yarrow & Zahn-Waxler, 1984, citados por Graham, 2011). Subsequentemente, pelos 2 anos, a criança começa a ter capacidade de percepção das intenções dos outros e emerge a linguagem. Progressivamente, ao longo deste segundo ano, a criança desenvolverá o reconhecimento de si ao espelho, e desenvolverá a memória autobiográfica, ou seja a recordação passa a incluir uma experiência do sentido do próprio ao longo do tempo.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, a emergência de algumas palavras surgirá antes do 1º ano, com aumento gradual de vocabulário até aos 2 anos. Há uma relação entre a capacidade de uso de símbolos e a capacidade de leitura da intencionalidade do outro. A aquisição desta nova capacidade de comunicação – o uso da palavra – é importante para processar as experiências

de modo auto-reflexivo, facilitando tanto a regulação afectiva como o funcionamento executivo (Winsler, Fernyhough, & Montero, 2009, citados por Graham, 2011). A linguagem é necessária para o desenvolvimento da memória autobiográfica e das capacidades narrativas, que permitem um sentido mais coeso do Self.

Nesta perspectiva desenvolvimental, é interessante que alguns estudos referiram que os circuitos cerebrais da imitação, linguagem e empatia, nos humanos, estejam interligados (Iacoboni, citado por Graham, 2011). A descoberta dos neurónios espelho (Rizzolatti & Craighero, 2004) – neurónios que respondem à intenção do outro – foi importante nesta interligação, pelo acentuar da relação entre a leitura da intencionalidade do outro como forma de aprendizagem importante acerca das emoções e pelo levantar da questão da relação entre a leitura da intencionalidade e a linguagem (note-se que os neurónios espelho se situam na região da área de Broca).

A capacidade de pensar vem de uma sinalização emocional e do uso da linguagem de modo significativo, numa troca recíproca nos dois sentidos (Cordero, Greenspan, et al., 2006). A *linguagem* surge como uma nova forma de relação, mas traz um novo problema de integração da experiência do próprio e da experiência do próprio com outros. Com o desenvolvimento, o modo de representação mental permite que os símbolos sejam então usados (o jogo simbólico e a linguagem tornam-se possíveis). As crianças podem conceber e referir-se a si mesmas como entidades externas e objectivas.

Progressivamente, a criança pode comunicar sobre coisas e pessoas que não estão presentes (assim termina o período sensório-motor de Piaget). Esta mudança na perspectiva do mundo será ilustrada pelo conceito de “imitação diferida” (Piaget, 1954, citado por Stern, 1985), que capta a essência das mudanças desenvolvimentais que levam à partilha de significados.

Dore (1998, citado por Stern, 1998) crê que a criança comunica verbalmente em parte para restabelecer uma experiência de “estar com”. Assim, Dore especula a linguagem como fenómeno transitivo. Dentro desta linha de pensamento, estudos recentes referem que a atenção conjunta aos 14 meses prediz a emergência de linguagem aos 2 anos (Mundy & Burnette, citados por Graham, 2011).

Deste modo, poder-se-á pensar a linguagem não apenas como uma forma de separação, na perspectiva da evocação do ausente de Segal e Bell (1991), mas também de união com o outro. A linguagem força a criação de um espaço entre o que é experienciado a nível pessoal e o que é representado, mas pela primeira vez a criança pode partilhar as experiências pessoais com outros.

VINHETA CLÍNICA

Avanço com a descrição de uma vinheta clínica de uma criança com 25 meses de idade onde a linguagem não tem lugar na comunicação, uma criança que vem a um Serviço especializado de Saúde Mental Infantil por atraso no desenvolvimento da linguagem e comportamentos de retirada relacional.

O João entra no gabinete com a Mãe, vem ao colo da Mãe e não procura sair e explorar o espaço. Manuseia as rodas de um comboio quando o entrego em mãos. Tapa a boca com o comboio e usa as mãos para colocar na boca da Mãe e torneir a face da Mãe, quando me dirijo a esta. Mantém contacto com a Mãe deslizando a mão sobre o seu braço. Apresenta uma postura muito retraída. É mobilizável na relação comigo com a roca, quando introduzo o ritmo numérico até 3 associado a um movimento da roca através das mãos do João. Progressivamente o jogo progride ficando apenas o som rítmico com variantes que suscitam no João um riso e o aninhamento no colo da Mãe. Por vezes bate no braço da Mãe com visível ansiedade pelo jogo.

Na segunda consulta o João entra no gabinete com um ar um pouco prostrado. Tem um olhar no vazio. Fica muito aconchegado no colo da Mãe e interajo com ele, novamente, através do movimento que a Mãe faz, introduzindo um ritmo antecipatório de um momento em que o agarro, mantendo-o no colo da Mãe. Nestes breves momentos sorri e olha-me diretamente. Interessa-se por um jogo de encaixes, mas o João usa-o para rodar sem esboçar nenhum interesse pelo mecanismo de encaixe. Muitas vezes desvia o enfoque do jogo quando tento interagir, pedindo colo à Mãe.

Na sessão seguinte vem com o Pai. Fica no chão com o olhar direccionado para a janela, acima do nível dos olhos. Com intenção de o pegar, e mostrar a vista da janela, estendo-lhe os braços e o João estende-me os braços. Fica à janela e tenta abri-la. Abro-a e coloca as mãos de fora. Nestes momentos fica com o olhar ausente. Regressa ao jogo de encaixes. Desta vez vou contando as peças. O João olha-me nos olhos e mexe-me na boca... Afasta-se novamente para o colo do pai. No final da sessão, ainda ao colo do pai, quando dirijo a atenção ao Pai, o João começa a falar durante um longo período de tempo. Anima-se com o lenço que tenho quando o tapo e o descubro, mas predominantemente anima-se de ficar com o lenço sobre o rosto.

Nestas sessões há momentos em que o João encontra-se visivelmente retirado. É difícil entrar no mundo dele, mas vão-se encontrando momentos de troca comunicativa, numa relação através do ritmo sonoro e das escalas melódicas. Há momentos de um registo relacional muito regredido, em que o João fica a rodar o carro para a frente e para trás, diminuindo este movimento

apenas com pressão corporal profunda e com um embalo com a voz. Quando crio obstáculos físicos desiste e retira-se por completo. Aceita o estímulo tátil profundo, mas fica em jogos repetitivos mecanizados, não aceitando a introdução de brinquedos com maior simbolismo (como bonecos).

Numa sessão posterior o João aceita com entusiasmo que brinque com a sua mão na água. Com a mão, toco na perna do João fazendo uma escala musical com a voz. O João sorri olha-me nos olhos e toca-me com a mão na face. Esta sessão é pautada por um registo de grande calma e contenção física, num embalo mútuo. Nesta ausência de comunicação verbal surge um sorriso ao despedir-se e o que me parece transparecer uma intencionalidade de permanecer mais tempo no gabinete, evitando sair.

Na sessão seguinte, ao invés das anteriores onde os Pais estão sempre no gabinete, no corredor o João segue-me e fecha a porta deixando os Pais fora do gabinete.

O João mantém-se com tendência a brincar sozinho com os carros, mas aceita proximidade e quando crio obstáculos com o corpo desenvencilha-se e mantém algum contacto. A certa altura, num jogo com ritmo de três em que o agarro no final, o João verbaliza o três e sorri-me parecendo antecipar o meu gesto. Nesta sessão a intencionalidade partilhada ocorre e emerge uma comunicação mais directa.

Da entrevista com o Pai este refere que nota uma evolução significativa (sic) “interage mais, já pega na mão dos Pais para ir buscar o que quer, canta connosco, responde a canções, brinca mais com os primos, já toma leite e não tomava”. No Jardim-Infantil defende-se menos de interacções de colegas, não se isolando tanto. Porém, apuro que não faz uso do apontar protodeclarativo (de partilha de interesse) e que mantém momentos de isolamento. O Pai não valoriza muito as dificuldades numa postura que me parece conter alguma denegação.

As dificuldades do João ao nível da interação parecem visíveis, com uma postura aparentemente desligada e ciclos de comunicação unicamente mantidos através do contacto físico. Mantém um interesse restrito e muito repetitivo com o rodar das rodas dum carro invertido e um desvio fácil do olhar. Os momentos de troca mais afectiva são muito regredidos com colo e estimulação tátil –, e fica muito atento e anima-se com jogos físicos antecipatórios, nomeadamente com ritmo concordante com uma brincadeira com partes do corpo, predominantemente com os pés. Nesses momentos parece cantarolar. Mantenho o ritmo melódico e canto e quando paro o João faz um gesto que usam no Jardim-Infantil para a cantiga. São momentos de jogo conjunto, mas o João não

inicia ciclos de comunicação predominando uma tendência à passividade e momentos de retirada.

Numa sessão de despedida, antes de uma interrupção agendada, no final diz-me adeus com a mão, gesto que fez pela primeira vez, sorrindo.

O João é um segundo filho de uma fratria de dois. Foi fruto de uma gravidez não planeada e vivida com alguma ambivalência, numa fase de desemprego dos Pais. Com 1 mês de vida, o Avô materno do João morre e a Mãe tem um quadro de Depressão pós-parto.

A gravidade e cronicidade da depressão materna é especialmente relevante para a qualidade da vinculação estabelecida (Marques, 2003). A possível indisponibilidade afectiva materna poderá dificultar a “leitura” mais atenta dos movimentos comunicacionais do bebé, estabelecendo-se desencontros que facilitam a retirada. Os padrões comportamentais utilizados na regulação do bebé, e estabelecidos na interacção mãe-bebé, ficam “impressos” na criança como padrões que guiam a forma de trajetória do seu desenvolvimento.

Um bebé, nestas circunstâncias, pode adotar estratégias de retirada (diminuição da recetividade percetiva e estratégias de retirada postural), que visam manter a regulação interna, mas à custa de uma diminuição do envolvimento social. Há estudos que apontam para uma diminuição de momentos interação de jogo, em filhos de mães deprimidas, com uma distorção profunda no comportamento dos bebés com menos momentos de jogo e exploração de objectos. Uma distorção prolongada nestes processos interativos parece distorcer as competências sociais e de exploração da realidade externa (Tronick, 2007).

DISCUSSÃO

O João apresentava uma perturbação ao nível da relação e comunicação. Parece-me haver aspectos a linha depressiva que acentuavam o isolamento. Ao longo de 5 meses de seguimento semanal desenvolveu competências interactivas, mas a comunicação verbal manteve-se escassa. A Mãe do João parecia ir oscilando o seu envolvimento nas sessões, parecendo-me por vezes cúmplice do João – num silêncio paralisante; e outras vezes deixando-se animar pelos momentos de conquista mais visíveis – aí partilhava os momentos em que se procurava potencializar a expressão dos afectos circulantes.

Nas sessões vai-se estabelecendo um processo de regulação na interação num nível não verbal, com uma afinação a cada momento. Deste modo o

comportamento é ajustado, numa tentativa de permitir um fluir da troca comunicacional. De acordo com Beebe (2006) este ajustamento mútuo, como na relação mãe/ bebé, faz-se em diferentes dimensões: a um nível temporal (de ritmo, de pausas, de alternância de turnos), espacial (de aproximação e afastamento), afectivo (facial e vocal) e de activação relacional.

Quando as criança têm dificuldades em sustentar o foco mútuo atencional e o contacto face a face, encontrar os controlos vocais e rítmicos pode ser um modo efectivo de estabelecer contacto (Beebe, 2006). Trevarthen (2005, citado por Gretton, 2006), numa analogia musical com o trabalho de improvisação do Jazz, descreve este movimento de partilha, que denomina por *realm*, em que a função continente-conteúdo está mais ligada à capacidade empática e de ligação afectiva (*attunement*), do que aos mecanismos de projecção e introjecção.

Os aspectos musicais da linguagem – a altura e os padrões rítmicos presentes na estrutura prosódica da língua – captam a atenção do bebé, tornando-se nos primeiros componentes linguísticos a ser apreendidos (Fernald, 1989, citado por Trevarthen & Aitken, 2001). A linguagem materna (“*motherese*”) é modulada com sons agudos, com uma cadência rítmica lenta, havendo ritmos comuns nos diálogos de diferentes línguas (Trevarthen & Marwick, 1986, citados por Alvarez e Reid, 1999). A presença destes pré-diálogos deve ser tida em linha de conta no trabalho com crianças com dificuldades de comunicação. A sensibilidade à altura e a alguns ritmos será inata, sendo a entoação importantíssima na proto-comunicação.

A linguagem não é um objecto cultural mas uma peça distinta da constituição biológica do cérebro (Reigado, 2009). A integração cortico-subcortical é necessária na aquisição dos códigos para a comunicação intersubjectiva, incluindo aqueles que constituem a linguagem, e encontra-se já funcionante em fases precoces da protoconversação (Trevarthen, 2011). Um ambiente envolvente expressivo e de mimetismo criativo é necessário para a emergência da linguagem (Trevarthen, 2011).

CONCLUSÕES

A linguagem pode ser vista como um fenómeno inerente à intersubjectividade, na medida que esta depende do entendimento básico das pessoas como agentes intencionais cuja atenção pode ser seguida, manipulada e partilhada (Zeedyk, 2006).

As interacções prelinguísticas, para Bruner (1983, citado por Akhtar & Tomasello, 1998), envolvem o processo de atenção conjunta intersubjectiva e, assim, são a base que funda a compreensão inicial da criança e produção de actos de referência linguística.

Os símbolos linguísticos convencionais serão, assim, ferramentas inventadas no sentido de estabelecer, regular e manter as interacções intersubjectivas dos seres humanos.

Na abordagem terapêutica da primeira infância, neste contexto de dificuldades ao nível da relação e comunicação, o principal objectivo é levar a criança a desenvolver comportamentos interativos espontâneos e intencionais, ajudando-a a progredir através dos sucessivos estádios de desenvolvimento emocional. O mote da intervenção é seguir o interesse da criança, estimulando o desejo pela relação, mantendo e aumentando os ciclos de interacção e de comunicação recíproca, permitindo uma plataforma para a emergência/desenvolvimento do simbólico.

Para Tustin (1972), na falta de um sentimento primário de ligação, os processos centrados no próprio corpo tendem a compensar essa falta. Tustin referia-se a uma sensação prematura de experiências corporais separadas, com subsequente fechamento sobre o próprio. Porém, em circunstâncias normais, o bebé tem, de modo inato, a capacidade de estabelecer relações e a capacidade de vinculação a figuras específicas. Em todas as crianças existe alguma capacidade de comunicar que dependerá do seu grau de motivação (Greenspan, 1992 e Wieder, 1992, citados por Caldeira da Silva et al., 2003).

Para Greenspan, um trabalho contínuo com crianças com dificuldades na relação e comunicação permite criar um espaço para perceber até que ponto se estendem estes défices e possibilitar a alteração destes défices primários, ao nível: da atenção conjunta, da reciprocidade social, da linguagem funcional, das capacidades motoras precoces, do planeamento motor e da sequenciação e de indicadores precoces de função simbólica – como o jogo de faz de conta e a empatia.

Muito se tem feito em estudos do desenvolvimento da infância no sentido da procura de relações entre determinadas etapas/marcos de desenvolvimento e a sua ligação com o desenvolvimento posterior de outras competências, numa perspectiva de perceber as trajectórias desenvolvimentais desde fases precoces da vida.

Nascemos com vários constrangimentos e o desejo de eclosão de uma autenticidade mais genuína e libertadora será um desafio, contra alguns padrões que permanecerão, numa liberdade tão limitada pela contingência de uma vida que nasce sempre na dependência e que se cria e descobre na relação com o outro.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Pedro Caldeira da Silva, Pedopsiquiatra e Chefe da Unidade de Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia, pela sua hábil forma de partilhar o mundo dos afectos, nas diversas situações do trabalho clínico diário na primeira infância.

BIBLIOGRAFIA

- Akhtar, N., & Tomasello, M. (1998). Intersubjectivity in early language and use. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 316-335). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alvarez, A., & Reid, S. (1999). *Autism and personality*. London: Routledge.
- Beebe, B. (2006). Co-constructing mother-infant distress in face-to-face interactions: Contributions of microanalysis. *Infant Observation*, 9(2), 151-164.
- Brazelton, T., & Cames, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Caldeira da Silva, P., Eira, J., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., . . . Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D:I:R. *Análise Psicológica*, XXI(1), 31-39.
- Cordero, J., Greenspan, S. I., et al. (2006). *ICDL – Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. Clinical Practice Guidelines*. Bethesda: ICDL Press.
- Graham, M. (2011). *Nurturing natures: Attachment and children's emotional, sociocultural, and brain development*. New York: Psychology Press.
- Gretton, A. (2006). An account of a year's work with a mother and her 18-month-old son at risk of autism. *Infant Observation*, 9(1), 21-34.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, XXI(1), 85-94.
- Reigado, J. (2009). *Análise acústica das vocalizações de bebés de 9 a 11 meses face a estímulos musicais e linguísticos*. Lisboa: Edições Colibri.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci*, 27, 169-192.
- Segal, H., & Bell, D. (1991). The theory of narcissism in the work of Freud. In J. Sandler (Ed.), *Freud's on narcissism. An introduction*. New Haven and London: Yale University Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology* (pp. 162-182). London: Karnac Books.

- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing?. Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 20(1), 119-135.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, Theory, and clinical applications. *J. Child Psychol. Psychiat*, 42(1), 3-48.
- Tronik, E. (2007). The mutual regulation model: The infants self and interactive regulation coping and defensive capacities. In E. Tronick (Ed.), *The neurobehavioural and socio-emotional development of infants and children* (pp. 177-194): New York: Norton.
- Tustin, F. (1972). *Autism and childhood psychosis*. London: Karnac.
- Zeedyk, M. S. (2006). From intersubjectivity to subjectivity: The transformative roles of emotional intimacy and imitation. *Infant and Child Development*, 15(3), 321-334.

ABSTRACT

The issue of the language acquisition is a way to address the theme of the communication over the infancy psychoaffective development.

The author introduce a case vignette of a 25 months children with a Relating and Communicating Disorder diagnosis.

The author reflects about the individual development in the context of the relational interactions.

Key words: Language, Communication, Infancy, Intersubjectivity.

VINCULAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Mendes *

Vânia Miranda **

RESUMO

Na descrição inicial de Kanner em 1943, o autismo focalizava-se sobre a dificuldade relacional e aparente “ausência de vinculação”. De facto, pelos défices inerentes ao espectro autista, estas crianças podem evidenciar dificuldades muito precocemente na sua interacção com a figura de vinculação, evidenciadas pela ausência de reciprocidade, falha na interacção ocular, ausência de sorriso e de outros sinais de vinculação.

Assim, podemos questionar qual o papel da vinculação no desenvolvimento da criança autista, uma vez que o défice básico nesta patologia incide na capacidade relacional.

Os autores propõem-se a uma reflexão sobre as particularidades da vinculação nas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), suportada pela bibliografia existente sobre esta temática, a partir da descrição do caso clínico de uma criança de 20 meses, diagnosticada com uma PEA e inicialmente sem expressão de comportamentos de vinculação, que ao longo de uma intervenção de suporte à interacção com os cuidadores começou a evidenciar sinais claros de uma vinculação segura.

Palavras-chave: Autismo, Vinculação, Infância, Prestador de cuidados.

INTRODUÇÃO

Atualmente, segundo a DSM-5, as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são caracterizadas por défices persistentes na comunicação social e na

* Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar do Porto.

** Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar do Porto.

interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Os sintomas manifestam-se precocemente no desenvolvimento e causam disfunção clinicamente significativa nas áreas social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Na descrição inicial de Kanner em 1943, o autismo focalizava-se sobre a dificuldade relacional e aparente “ausência de vinculação”. De facto, pelos défices inerentes ao espectro autista, estas crianças podem evidenciar dificuldades muito precocemente na sua interacção com a figura de vinculação, evidenciadas pela ausência de reciprocidade, falha na interacção ocular, ausência de sorriso e de outros sinais de vinculação.

Assim, podemos questionar qual o papel da vinculação no desenvolvimento da criança autista, uma vez que o défice básico nesta patologia incide na capacidade relacional? Os comportamentos de vinculação devem ser avaliados segundo os mesmos critérios? E qual o impacto da ausência de comportamentos de vinculação nos cuidadores?

Para responder a estas questões, os autores propõem-se a uma reflexão sobre as particularidades da vinculação nas PEA, partindo de um caso clínico e integrando a bibliografia existente sobre esta temática.

CASO CLÍNICO

Anamnese

R., sexo masculino, 20 meses de idade cronológica é enviado à consulta de pedopsiquiatria pela pediatra assistente por suspeita de PEA.

As preocupações foram inicialmente apontadas pela educadora aos 16 meses do R. que constatou que ele não respondia à chamada, não mantinha contacto ocular e não manifestava qualquer interesse em relacionar-se com as outras crianças. Os pais relatam que o R. apenas ocasionalmente responde à chamada pelo próprio nome e confirmam que ele não interage diretamente com as outras crianças. Quando questionados referem que tem um jogo pobre, interessando-se por alinhar os legos e rolar os carrinhos sem qualquer reciprocidade no jogo. Descrevem que em momentos de maior excitação se coloca em bicos de pés, saltita e apresenta movimentos rítmicos com as mãos. Tem um interesse especial por desenhos animados “só acalma a ver desenhos animados, gosta do Pocoyo e do Comboio Thomas” (sic).

Negam particularidades a nível sensorial e dificuldades no sono ou alimentação.

Quanto aos antecedentes, o R. é fruto de uma primeira gravidez, planeada e vigiada de um casal constituído há vários anos. A gravidez decorreu sem alterações até às 30 semanas, altura em que foi diagnosticada uma pré-eclâmpsia e se precipitou um parto pré-termo por cesariana. O R. nasceu com 1050g, 36cm de comprimento, 28 cm de perímetro cefálico e um APGAR 8/9. Permaneceu internado nos dois primeiros meses de vida por várias complicações relacionadas com a prematuridade: muito baixo peso, sépsis hospitalar, icterícia neonatal, pneumotórax, retinopatia de prematuridade e doença da membrana hialina. Mantém-se até à data em consulta pediátrica especializada na prematuridade mas sem necessidade de outros cuidados e sem qualquer patologia actual.

Foi amamentado ao seio apenas no 1º mês por insuficiência do leite materno e iniciou diversificação alimentar aos 4 meses de vida extra-uterina sem qualquer dificuldade. A mãe foi a principal cuidadora, com o apoio do pai, até à entrada no infantário aos 12 meses de idade cronológica, sem dificuldades de adaptação.

Quanto aos marcos do desenvolvimento psicomotor, em idade corrigida, o R. terá atingido o controlo cefálico no 1º mês, sentado sem apoio aos 7 meses, gatinhado aos 8 meses e adquirido a marcha livre aos 13 meses. Segundo os pais, terá começado a fazer vocalizações apenas aos 13 meses e na data de observação, aos 18 meses, ainda não dizia qualquer palavra. Só terá adquirido sorriso social pelos 3 meses e nunca apresentou reacção ao estranho ou ansiedade de separação. Não teve objecto transitivo. Os pais não reconhecem a emergência do jogo simbólico até à data.

Os pais descrevem o R. como uma criança muito activa, destemida e apreciadora de música.

Ambos os pais negam doenças médicas e psiquiátricas. De referir a existência de dois primos paternos em 2º grau com atraso global do desenvolvimento.

Observação

O R. é um menino bonito, sem dismorfias. Apresenta um aspeto cuidado e idade aparente coincidente com a idade real. Não mantém contacto ocular com os pais nem com o entrevistador, não demonstrando capacidade de atenção conjunta. Apresenta uma grande instabilidade psicomotora durante a consulta,

manifesta pouco interesse pelos brinquedos disponíveis. Manipula os carrinhos sem jogo funcional ou simbólico.

Ao longo da consulta, faz uso instrumental da mão dos pais, numa tentativa de obter um objecto da estante do gabinete. Não aponta nem conjuga o olhar. Vocaliza apenas duas vezes ao longo da entrevista. Os ciclos de interação são curtos e pouco recíprocos. Os movimentos são pouco harmoniosos, o que o leva a bater frequentemente com a cabeça na mesa ou a cair sem sinalizar dor.

Aparenta procurar a proximidade física da mãe mas é pouco discriminado no contacto com o outro e acaba por se afastar sozinho no corredor sem qualquer angústia na separação dos cuidadores.

São observáveis múltiplas estereotípias (*flapping*, hiperextensão do pescoço, saltitar, andar em bicos de pés...).

Os pais mostravam-se preocupados com o desenvolvimento do Rafael e angustiados com o possível diagnóstico de PEA.

Avaliação e resultados

Foi solicitada uma avaliação do desenvolvimento com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, que revelou um Quociente Global de Desenvolvimento de 42 (Escala Locomotora: 65; Escala Pessoal-Social: 30; Escala Audição-Linguagem: 7; Escala Óculo-manual: 47; Escala Realização: 61). Os resultados vão de acordo à impressão clínica de maiores dificuldades na área da comunicação e interacção social relativamente às restantes áreas do desenvolvimento avaliadas.

Os pais preencheram o questionário de Perfil Sensorial (Winnie Dunn) que apenas revelou um processamento geral em risco.

Como habitualmente, na avaliação inicial de crianças no segundo ano de vida na Unidade de Primeira Infância do Centro Hospitalar do Porto, procedeu-se à avaliação da vinculação a partir da aplicação de uma versão curta da Situação Estranha (inicialmente descrita por Mary Ainsworth) que consiste em 3 etapas, cada uma com a duração de 3 minutos. Na primeira etapa a criança permanece em jogo livre com o cuidador, na segunda etapa o cuidador retira-se da sala permanecendo um estranho disponível para a criança e finalmente, na terceira etapa, o cuidador volta à sala e é cuidadosamente registada a reacção da criança ao reencontro. Com base nessa resposta podem ser identificados quatro padrões principais de vinculação: segura, resistente, evitante e desorganizada (van Rosmalen, van der Horst, & van der Veer, 2016). As crianças com uma vinculação segura choram ou protestam quando a mãe sai e saúdam-na com alegria quando regressa, referenciando-se à mãe como base segura. Já as

crianças com uma vinculação evitante não protestam face à saída da mãe e evitam-na no seu regresso. As crianças com uma vinculação resistente mostram-se perturbadas com a saída da mãe e revelam ambivalência no reencontro, procurando contacto e ao mesmo tempo resistindo a ser confortadas. Por último, os bebés com uma vinculação desorganizada revelam comportamentos inconsistentes e contraditórios não sendo possível classificá-los nas categorias anteriores. A aplicação clínica de versões simplificadas da Situação Estranha foi documentada na literatura (Lewis & Feiring, 1989; Waters, Wippman, & Sroufe, 1979).

Neste caso, verificou-se que em jogo livre, os pais do R. se mostram muito silenciosos e revelam dificuldades em responder adequadamente às poucas solicitações que este faz. Por outro lado, o R. é pouco receptivo às iniciativas da mãe e permanece em jogo individual. Na segunda etapa, o R. não apresenta qualquer reacção à saída dos pais do gabinete, continuando a sua actividade. Com o estranho, mantém a mesmo comportamento, pouco disponível para a interacção. Finalmente, na terceira etapa, o R. não sinaliza a entrada da mãe, não olha nem faz qualquer expressão facial ou vocalização, não aparentando apresentar comportamentos de vinculação.

Enquadramento diagnóstico

Foi utilizada a Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Perturbações do desenvolvimento da primeira infância – Edição Revista (DC 0-3 R), que é um manual de diagnóstico baseado no desenvolvimento e que fornece critérios clínicos mais adaptados a bebés e crianças até à idade de 3 anos (Zero To Three, 2005).

Assim, o R. apresenta no primeiro eixo, dedicado às perturbações clínicas, uma Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento. Já no eixo 2, dedicado à relação com o cuidador, a interacção foi caracterizada como Significativamente Alterada (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*: 65), por se tratar de uma relação tensa mas globalmente adequada e satisfatória. A qualidade de relação (avaliada pela *Relationship Problems Checklist*) revelava tendência ao subenvolvimento. O eixo 3 descreve os distúrbios e condições médicas e associadas ao desenvolvimento, pelo que foi considerada a prematuridade e o Atraso Global do Desenvolvimento. Já o eixo 4 enumera os diferentes stressores psicossociais, sendo de ressaltar o longo internamento neonatal por múltiplas condições associadas à prematuridade. Por fim, o eixo 5 reflete o funcionamento social e emocional no contexto da interacção com os principais cuidadores (ver Tabela 1).

TABELA 1

Eixo 5 – Funcionamento Social e Emocional

	1	2	3	4	5	6	NA
Atenção e Regulação					X		
Estabelecimento de relações				X			
Comunicação bidirecional intencional						X	
Gestos complexos e resolução de problemas					X		
Uso de símbolos para expressar pensamentos/sentimentos						X	
Associação lógica de símbolos/Pensamento abstracto							X

Nota. 1: Funcionamento apropriado à idade; 2: Funcionamento apropriado à idade, mas vulnerável ao stress e/ou numa gama limitada de afecto; 3: Funcionamento imaturo; 4: Funcionamento inconsistente ou intermitente; 5: Capacidade escassa; 6: Capacidade não atingida; NA: Não Aplicável.

Acompanhamento

A nível orgânico foi despistado um défice auditivo e actividade epileptiforme, assim como efectuada a orientação para estudo genético.

Face ao quadro clínico, foi proposta uma intervenção precoce em Terapia da Fala e em Terapia Ocupacional e iniciado uma intervenção semanal baseada no modelo “*The Greenspan Floortime Approach*” (Liao et al., 2014) com de suporte à interacção com os cuidadores.

Ao longo de cerca de 20 sessões de *Floortime* com a presença e colaboração dos pais, verificaram-se evidentes ganhos na comunicação e interacção social. O contacto ocular tornou-se mais frequente e mantido e os ciclos de comunicação cada vez mais longos e recíprocos. As vocalizações tornam-se mais frequentes e com intencionalidade comunicativa, apesar de não utilizar outras palavras perceptíveis, para além de mamã.

O papel dos pais foi reforçado, incentivando o jogo e períodos de maior interacção. Os pais, que inicialmente adoptavam uma postura passiva, aceitam rapidamente as propostas e indicações. A mãe mostra-se muito motivada com os ganhos na interacção com o filho e com a verificação do estabelecimento de uma relação preferencial, constatando que este a procura e solicita, diferenciando-a dos restantes familiares. A mãe foi-se mostrando sensível às solicitações do R. e ambos os pais começaram a relatar prazer na interacção com o filho, algo que não acontecia previamente.

Portanto, começaram a ser observados comportamentos típicos de uma vinculação aos cuidadores: utilização preferencial da mãe como base segura, dificuldades na separação dos cuidadores no contexto da intervenção e também noutros contextos (p. ex. infantário) e sinalização da entrada dos pais no gabinete com prazer e procura de contacto para se reconfortar. Foi, então,

decidido aplicar novamente o procedimento da Situação Estranha aos 22 meses de idade corrigida, de modo a comprovar a impressão clínica de uma vinculação segura. Efectivamente, o R. protesta na separação e face ao reencontro com a mãe dirige-lhe o olhar e expressa um sorriso, procurando depois a sua proximidade física e adoptando um jogo mais rico com a mãe do que com o estranho.

Apesar da positiva evolução na relação com os cuidadores, o R. manteve óbvias dificuldades na comunicação e interacção social ao longo do seu desenvolvimento até à idade pré-escolar, assim como, um comportamento marcadamente repetitivo e estereotipado.

Mantém-se sem linguagem verbal e com sérias dificuldades na comunicação não verbal. O olhar é difícil de captar e raramente conjugado. Em contexto de pares, não procura nem responde a solicitações. A atenção conjugada é-lhe difícil e não adquiriu jogo simbólico. Mantém inúmeras e frequentes estereotipias, dificuldades sensoriais e padrões ritualizados de comportamento.

Foram aplicadas a Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo (ADOS) e a Entrevista para o Diagnóstico do Autismo (ADIR), cujos resultados apontavam no sentido de uma PEA. Actualmente, aos 4 anos de idade e à luz dos critérios diagnósticos da DSM-V o R. apresenta critérios para uma Perturbação do Espectro do Autismo. Esta é reconhecida como uma possível evolução de crianças com o diagnóstico de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida.

CONTEXTUALIZAÇÃO NA LITERATURA

A literatura tem vindo a demonstrar que apesar dos défices na interacção social, a criança autista evidencia efectivamente sinais de vinculação, embora com um padrão habitualmente diferente do habitual (Coelho, 1998; Rutgers, 2007).

Vários estudos demonstram que os comportamentos de vinculação na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são semelhantes aos de crianças sem PEA mas apresentam um menor grau de intensidade (Grzadzinski, 2014; Rogers, Ozonoff, & Maslin-Cole, 1993), caracterizando-se por:

- procura de proximidade física e manutenção de contacto após a separação;
- alguma diferenciação entre o estranho e o cuidador;

- procura da mãe durante a sua ausência, embora de forma pouco clara;
- menor demonstração de prazer no reencontro, maior dificuldade em ser reconfortado.

Efectivamente, o fenómeno de uma criança com PEA que não reage à separação ou reunião com o cuidador, aparentando não apresentar qualquer comportamento de vinculação existe, mas não é representativo da maioria, principalmente se forem consideradas as dificuldades na interacção social inerentes a esta patologia (Grzadzinski, 2014).

Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn e van Berckelaer-Onnes (2004), numa meta-análise com 287 crianças com PEA, demonstraram que cerca de 50% apresentavam relações de vinculação segura com os seus cuidadores (comparativamente a 60% a 70% de vinculação segura em amostras não clínicas). No entanto, a relação cuidador-criança reflectia um comportamento interactivo marcado por uma menor flexibilidade, sensibilidade e sincronia como resultado do comprometimento social destas crianças.

A bibliografia mostra, assim, que as crianças com autismo revelam vinculações significativamente menos seguras do que crianças sem autismo (taxas mais elevadas de vinculações inseguras e comportamento mais desorganizado).

Défice cognitivo e severidade da PEA

É de notar, que o desenvolvimento mental, e não a idade cronológica, afecta os resultados nos estudos de vinculação.

Não existe consenso na literatura quanto ao papel do défice intelectual na qualidade da vinculação em crianças com PEA. Alguns estudos sugerem que apenas as crianças autistas com défice intelectual apresentam comportamentos de vinculação menos seguros comparativamente a grupos controlo, mas os dados são contraditórios principalmente nas amostras de crianças com PEA e um bom desenvolvimento mental (Naber et al., 2007; Rogers, Ozonoff, & Maslin-Cole, 1991).

De facto, uma menor capacidade cognitiva está associada com uma qualidade da vinculação menos segura, tanto nas PEA como nas amostras com desenvolvimento típico. Um estudo revelou que para cada mês em idade mental adquirida, a probabilidade de uma resposta pro-social clara na reunião com o cuidador subia cerca de 8% (Grzadzinski, 2014). Assim, o desenvolvimento cognitivo global pode ser pelo menos parcialmente responsável pelas diferenças

observadas nos comportamentos relacionados com a vinculação entre as crianças com PEA e desenvolvimento típico.

Por outro lado, as crianças com PEA e défice intelectual revelaram mais insegurança na vinculação do que as crianças apenas com défice intelectual e a resposta à reunião com os cuidadores nas crianças com PEA foi fortemente correlacionada com o total da pontuação da *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), logo com a gravidade do prejuízo na interacção social recíproca da criança, o que sugere que os comportamentos de vinculação também estão intrinsecamente relacionados com dificuldades específicas do quadro clínico do espectro do autismo (Grzadzinski, 2014; Naber et al., 2007).

Como avaliar a vinculação nos autistas?

A Situação Estranha foi desenvolvida a partir da observação de crianças sem patologia ao nível do desenvolvimento. Para além dos défices ao nível da socialização, uma percentagem importante das crianças com PEA também apresenta uma grande variabilidade de défices cognitivos, cuja importância já foi descrita. Assim, seria importante a utilização de uma metodologia ajustada aos défices típicos do autismo e à idade mental da criança. A necessidade de processo de avaliação mais adaptado é apontada na literatura (Grzadzinski, 2014; Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & van Berckelaer-Onnes, 2004).

Parentalidade nas PEA

A parentalidade é particularmente afectada pela falta de adaptabilidade da criança e pela necessidade de aceitação de uma criança com défices. Em comparação com crianças com desenvolvimento típico, as crianças com autismo exigem uma estimulação sensorial mais forte e mais explícita de seus pais. Por outro lado, a diminuta reciprocidade da criança autista também influencia a gratificação materna, o que perturba ainda mais o ciclo de comunicação (Rutgers, 2007).

Na literatura, verificou-se uma correlação entre o grau de segurança na vinculação e o grau de sensibilidade das mães, mesmo após o controlo de variáveis como a severidade da PEA e o nível de funcionamento cognitivo (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, & Yirmiya, 2009; Seskin, 2010). Ainsworth definiu a sensibilidade parental como a capacidade de perceber e interpretar correctamente os sinais da criança assim como a disponibilidade e desejo de responder rápida e adequadamente a estes sinais. Os pais de crianças autistas

têm esta tarefa dificultada pela sua menor expressividade emocional e sinais menos claros ou explícitos.

Uma vinculação segura promove uma maior gratificação para os pais enriquecendo a relação (van IJzendoorn et al., 2007). Já as crianças com PEA e uma vinculação segura ao cuidador revelaram apresentar: melhor atenção conjunta, maior solicitação dos cuidadores, melhor linguagem receptiva, maior capacidade de estabelecer interações sociais adequadas ao desenvolvimento (Seskin, 2010) e melhor jogo simbólico (Sigman & Ungerer, 1984).

Intervenção baseada na relação cuidador-criança e vinculação nas PEA?

Particularmente em crianças autistas, é primordial a interação na estimulação do desenvolvimento global, sendo que o contacto dos pais com a criança de forma estável e gratificante é essencial.

É importante ter em conta os pontos fortes e vulnerabilidades não só da criança, mas também dos seus cuidadores, na concepção das intervenções terapêuticas. A qualidade da vinculação pode ser um pertinente fator ao considerar as potenciais intervenções terapêuticas.

Vários autores sugerem que os pais de crianças com PEA possam beneficiar de ajuda no treino de competências, particularmente na promoção de uma maior sensibilidade. Como as crianças com autismo apresentam défices na interação recíproca, é de esperar que alguns pais possam ter dificuldades na interpretação dos sinais e necessidades dos seus filhos e o pedopsiquiatra tem um papel importante no suporte da parentalidade (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, & Yirmiya, 2009; Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & van Berckelaer-Onnes, 2004; Seskin, 2010; van IJzendoorn et al., 2007).

São necessários mais estudos acerca de intervenções individualizadas e baseadas na vinculação na população de crianças com PEA, fornecendo dados para o desenvolvimento de técnicas clinicamente úteis.

O primeiro ensaio clínico randomizado para investigar os efeitos da intervenção na vinculação em crianças com autismo (“*Focused Playtime Intervention*”) revelou resultados promissores no sentido de aumentar a comunicação responsiva dos pais e aumentar os comportamentos relacionados com a vinculação (Siller, Swanson, Gerber, Hutman, & Sigman, 2014).

No entanto, os resultados a longo prazo associados à segurança da vinculação precoce no autismo são em grande parte desconhecidos.

CONCLUSÃO

Com este caso clínico e revisão bibliográfica pretendia-se demonstrar as particularidades da vinculação nas PEA mas também a potencialidade de uma evolução positiva. Não é possível precisar exactamente todas as razões que levaram a uma mudança nos comportamentos de vinculação neste caso clínico, mas certamente a capacitação dos cuidadores na leitura dos sinais da criança, a partilha de estratégias mais adaptadas ao seu nível de desenvolvimento e o incentivo à interacção terão sido importantes componentes. A gratificação dos cuidadores face a respostas interactivas positivas por parte do seu filho é certamente um elemento motivador a considerar. Ainda assim, o impacto do início das restantes intervenções e do consequente desenvolvimento cognitivo na apresentação de uma resposta pro-social clara na reunião com o cuidador não deve ser descurado.

Toda a literatura sobre as PEA defende um apoio multidisciplinar à criança associado ao suporte dos cuidadores. Intervenções terapêuticas adaptadas à família, podem ajudar os pais a adquirir estratégias alternativas para o desenvolvimento de relações mutuamente satisfatórias que constituem a base sobre a qual eles têm o poder de facilitar um melhor desenvolvimento da criança.

A relação cuidador-criança fornece um importante contexto para o desenvolvimento emocional e de comunicação social precoce das crianças e mesmo aparentes pequenas mudanças (por exemplo, uma criança que começa a procurar os seus pais após uma curta separação) podem ter um importante impacto no vínculo afetivo, o que pode ter implicações duradouras na capacidade dos pais para apoiar o seu filho durante toda a vida.

BIBLIOGRAFIA

- Coelho, A. M. (1998). “Muros de vidro” – Organização de comportamentos de vinculação e relação com a evolução clínica em crianças autistas. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade do Porto.
- Grzadzinski, R. (2014). Attachment in young children with autism spectrum disorders: An examination of separation and reunion behaviors with both mothers and fathers. *Autism*, 18(2), 85-96.
- Kanner, L. (1968). Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr*, 35(4), 100-136.

- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 64-650.
- Lewis, M., & Feiring, C. (1989). Infant, mother, and mother-infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development*, 60, 831-837.
- Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen, S.-J., & Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 356-367.
- Naber, F. B., Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Dietz, C., . . . van Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 37, 1123-1138.
- Rogers, S., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1991). A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatric disorders. *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 30(3), 483-488.
- Rogers, S., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1993). Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(6), 1274-1282.
- Rutgers, A. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 859-870.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(6), 1123-1134.
- Seskin, L. (2010). Attachment and autism: Parental attachment representations and relational behaviors in the parent-child dyad. *J Abnorm Child Psychol*, 38, 949-960.
- Sigman, M., & Ungerer, J. (1984). Attachment behaviors in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 1984.
- Siller, M., Swanson, M., Gerber, A., Hutman, T., & Sigman, M. (2014). A parent-mediated intervention that targets responsive parental behaviors increases attachment behaviors in children with ASD: Results from a randomized clinical trial. *J Autism Dev Disorder*, 44(7), 1720-1732.
- van IJzendoorn, M., Rutgers, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., van Daalen, E., Dietz, C., . . . & van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78, 597-608.
- van Rosmalen, L., van der Horst, F. C., & van der Veer, R. (2016). From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's integration of Blatz's security theory into Bowlby's attachment theory. *Hist Psychol*, 19(1), 22-39.
- Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development*, 50, 821-829.
- Zero To Three. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition. Washington, DC: Zero to Three Press.

ABSTRACT

In 1943, Kanner description's of autism focuses on relational difficulties and apparent "lack of attachment". In fact, due to the core deficits in autism spectrum disorders, these children may present difficulties in their interaction with the attachment figure, as evidenced by the absence of reciprocity, failed eye interaction, lack of smile and other attachment signals.

So, since the basic deficit in autism focuses on relational capacity, we can question the role of attachment in the development of these children.

The authors propose one reflection on the particularities of attachment in Autism Spectrum Disorders (ASD), supported by the existing literature on this subject and linked to the case report of a child aged 20 months, diagnosed with an ASD that initially showed no apparent attachment behaviors, but along an intervention to support the interaction with his caregivers began to show clear signs of a secure attachment.

Key words: Autism, Attachment, Infancy, Caregiver.

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

O(s) autor(es) deve(m) submeter o texto em suporte informático.

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

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

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

Resumo: Deve ser apresentado um resumo do artigo em Português e Inglês. Nos artigos originais e de investigação, este deverá descrever abreviadamente os objetivos, material e métodos, resultados e conclusões do trabalho apresentado, bem como a possível relevância dos resultados para a evolução do conhecimento na área. Nos casos clínicos deverão ser descritos de forma sucinta os seguintes itens: o estado atual do problema, a(s) observação(ões) clínica(s), a discussão e a(s) conclusão(ões).

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

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

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

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

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

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

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

Figuras (desenhos, fotografias, gráficos): As ilustrações devem ser de boa qualidade. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. Quando a deficiente qualidade dos gráficos o justifique, a editora poderá proceder à sua reexecução, desde que os dados necessários sejam fornecidos pelos autores. As figuras devem ser numeradas em árabe, citadas no texto e possuir uma legenda.

Revisão de provas: No caso de o artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias. A revisão de provas será enviada aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista. O 1º autor receberá, em formato PDF, o número da revista em que o seu artigo estiver inserido.

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

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria
Ao c/ Dr. Paula Freitas
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt

