Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 44

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

ISSN 0873-8777

DIRETORA

Paula Pinto de Freitas

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata
Carla Maia
Catarina Cordovil
Catarina Santos
Graça Milheiro
Joana Saraiva
Maria do Carmo Santos
Neide Urbano
Nuno Farela
Otília Queirós
Paula Vilariça
Sara Pedroso
Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira
Beatriz Gil Pena
Emílio Salgueiro
Maria José Gonçalves
Maria José Vidigal
Maria Luís Borges de Castro
Pedro Pires
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

NESTE NÚMERO

Editorial
Paula Pinto de Freitas p. 5

ARTIGOS

Psicoterapia mãe-bebé: Revisão do tema e reflexão sobre as influências culturais a propósito de um caso clínico
Bárbara Almeida, Mafalda Marques, & Goretti Dias p. 7

Bem me quer, mal me quer… Perturbação da relação cuidador-criança
Joana Mesquita Reis, Berta Pinto Ferreira, Luísa Queiroga, & Pedro Caldeira da Silva p. 23

A inveja e o ciúme no complexo fraterno
Pedro Rafael Figueiredo, Paula Zaragoza, Isabel Carvalho, & Pedro Pires p. 31

Jovem refugiado, em consulta de Pedopsiquiatria: Uma abordagem psicodinâmica
Catarina Garcia Ribeiro, Sofia Vaz Pinto, & João Beirão p. 43

Urgências em pedopsiquiatria: O que mudou?
Ana Rita Rodrigues, Isabel Taveira-Gomes, & Otília Queirós p. 57

Colapso súbito e inesperado pós-natal: Novas exigências durante o período pós-natal imediato
Lara Pinheiro Guedes, Carmen Carvalho, & Paula Pinto de Freitas p. 71

Normas de Publicação p. 109

Inscrito no I.C.S. sob o número 115318

Depósito Legal nº 122771

EDITORIAL

A identificação dos fatores de risco na criança, na família ou outros, o seu impacto na saúde mental das crianças e a procura e desenvolvimento de estratégias de intervenção que ajudem a restabelecer dinâmicas relacionais e percursos desenvolvimentais mais saudáveis é uma das linhas orientadoras dos clínicos prestadores de cuidados de saúde mental infantil e juvenil.

Este número da Revista contém dois artigos que têm por foco as relações precoces, e a importância da avaliação e identificação de perturbações na relação cuidadores/bebé. Partindo de um caso clínico complexo B. Almeida, M. Marques e G. Dias ajudam-nos a refletir sobre a psicoterapia mãe-bebé e a perceber como uma intervenção psicodinâmica focada na díade mãe-bebé pode, quando as dificuldades relacionais são precocemente identificadas, alterar a situação e criar condições mais favoráveis ao desenvolvimento e bem estar sócio-emocional da criança. As mudanças, em resultado da intervenção terapêutica, ocorrem a vários níveis e devem ser procuradas ao nível do cuidador, ao nível da criança e ao nível da relação cuidador/criança. Em "Bem me quer, Mal me quer... Perturbação da Relação Cuidador-Criança" temos acesso a resultados preliminares de estudo que está a ser realizado na Unidade de Primeira Infância do Hospital de D. Estefânia e que realça a importância da identificação sistemática de perturbações a nível da relação cuidador-criança (Eixo II da Classificação DC 0-3R) como facilitador de intervenção precoce na díade e de identificação de psicopatologia materna. Os dados preliminares apontaram para a existência de associação entre perturbação de relação e psicopatologia materna.

Compreender a relação gemelar, a relação entre irmãos e a rivalidade fraterna partindo dos sentimentos de inveja e de ciúme e da noção de complexo fraterno e do seu papel no desenvolvimento da identidade do sujeito e da construção de sua individualidade e desenhar uma intervenção terapêutica em que o referencial teórico psicanalítico e sistémico se conjugam foi a proposta da equipa de

pedopsiquiatria coordenada por Pedro Pires. A vinheta clínica ajuda a clarificar os conceitos e fundamenta a proposta terapêutica.

A situação das crianças refugiadas e a abordagem de casos na consulta de Pedopsiquiatria será objeto de reflexão da equipa de João Beirão, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central que considerará ainda os princípios e normas orientadoras da ESCAP relativos a esta adversidade. Adoptam uma perspectiva psicodinâmica para compreender a história clínica de um rapaz de 9 anos, natural da África Ocidental, referenciado pela escola à consulta de Pedopsiquiatria. Os aspetos transculturais e as condições de precariedade inerentes à situação de migração forçada, bem como o seu impacto na saúde mental das crianças vítimas, são da maior atualidade neste mundo em que vivemos e são também objeto de reflexão.

Caracterizar a população de crianças e jovens com menos de 18 anos que recorre à Unidade de Atendimento Urgente de Pedopsiquiatria do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) e comparar com os dados de estudos relativos à realidade portuguesa publicados foi o objetivo de Otília Queirós e colaboradoras. As autoras constatam um aumento do número de episódios, feito sobretudo à custa da população adolescente e das perturbações de ansiedade. Apesar do aumento no nº de episódios de urgência, é observada uma diminuição dos internamentos, o que conduz à inferência de que o aumento não se terá feito à custa das situações de maior gravidade.

A finalizar este número apresentamos uma revisão bibliográfica sobre o colapso pós-natal súbito e inesperado. Trata-se de uma situação rara e ainda mal compreendida, mas que culmina frequentemente na morte ou sequelas graves dos recém-nascidos que sobrevivem. Pela gravidade e dificuldade em encontrar causalidades tem forte impacto emocional na família e na equipa de profissionais de saúde envolvidos. O aumento do número de casos registados em anos recentes e a associação que tem sido feito com o contacto pele a pele precoce e a situação de amamentação ao seio deve ser objeto de estudo e reflexão mais aprofundada pois não podemos arriscar a "deitar fora o bebé com a água do banho".

Paula Pinto de Freitas

PSICOTERAPIA MÃE-BEBÉ: REVISÃO DO TEMA E REFLEXÃO SOBRE AS INFLUÊNCIAS CULTURAIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bárbara Almeida [1*]
Mafalda Marques [2*]
Goretti Dias [3]

RESUMO

A psicoterapia mãe-bebé é uma psicoterapia da díade mãe-filho cujos principais objetivos são melhorar a relação do cuidador com a criança pequena de forma a promover um melhor desenvolvimento psicoemocional de ambos mas, sobretudo, do bebé. De orientação psicodinâmica, é uma terapia que tem sido pouco debatida mas com comprovados resultados quando aplicada a crianças com problemas psico-socio-emocionais com impacto no desenvolvimento, cuja origem se evidencia numa crise diádica.

No nosso caso, são consideradas não só as problemáticas inerentes à relação e a sua influência no desenvolvimento da bebé, como o fato de se tratar de uma criança de um grupo de risco (dois irmãos mais velhos com problemas do neurodesenvolvimento) e os aspetos culturais a ter em conta já que, por diversas vezes no processo terapêutico, se colocaram questões que diferiam precisamente pelo background cultural diferente, nomeadamente o da cultura angolana/africana.

Após a intervenção psicoterapêutica, as terapeutas objetivaram várias melhorias na relação da díade bem como no desenvolvimento da criança, tendo havido a alteração da vinculação da bebé que passou de Insegura Resistente a Segura, avaliada através da filmagem da interação e posterior visualização com discussão em equipa. A Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e de Desenvolvimento da Primeira Infância (DC:0-5) enfatiza a importância destas questões na prevenção e na melhoria da saúde mental.

Palavras-chave: Psicoterapia mãe-bebé, Vinculação, Desenvolvimento, Diferenças culturais.

[*] Como primeiras co-autoras.

[1] Interna de Formação Específica de Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal.

[2] Interna de Formação Específica de Pedopsiquiatria, Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

[3] Assistente Graduada Sénior, Unidade de Primeira Infância do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia mãe (pais)-bebé é um modelo de intervenção de orientação psicodinâmica que tem como unidade terapêutica a díade cuidador-bebé. Ocorre no espaço físico em que estão presentes a criança, mãe e terapeuta e assenta no entendimento que os sinais e sintomas na primeira infância devem ser compreendidos no contexto da relação mãe-bebé.

Esta abordagem terapêutica foi inicialmente desenvolvida por Selma Fraiberg, com o nome *Parent-Infant Psychotherapy*[1-2]. Surge numa altura prolífica no estudo do desenvolvimento psicoafectivo das crianças, em que diversos autores se dedicam e dão enfase crescente ao mundo interno do bebé e às relações precoces com os seus principais cuidadores. Destacamos o trabalho de Anna Freud, René Spitz, Melanie Klein, Donald Winnicott, Margaret Mahler, entre outros, que muito contribuíram para o entendimento e trabalho psicoterapêutico com crianças[3-4]. Também neste período é desenvolvida a teoria da vinculação por John Bowlby e Margaret Ainsworth, usada ainda hoje em investigação e prática clínica[5].

É assim, nesta conjuntura, que Fraiberg, dedicando-se sobretudo a bebés vítimas de negligência e abuso, desenvolve a psicoterapia mãe-bebé. No trabalho com famílias carenciadas e desorganizadas, Fraiberg teorizou que as alterações presentes nos bebés são manifestações de conflitos não resolvidos de um ou ambos os pais com as suas figuras cuidadoras. Estes pais projetam nos filhos os seus maus objetos internos, passando os bebés a representar os seus ímagos parentais. Desta forma, vão repetindo as suas histórias, identificando-se com os seus agressores – Fraiberg denominou este fenómeno como *Ghosts in the Nursery*[6]. Neste seguimento, alertou também para a transmissão intergeracional do trauma que vai sendo passado entre as gerações. Para ajudar as famílias, seria necessário trabalhar estes conflitos, tornando-os conscientes e libertando, assim, o bebé das projeções parentais.

Outros autores contribuíram para o desenvolvimento da psicoterapia mãe bebé, como Serge Lebovici, Bertrand Cramer, Palacio-Espasa, Daniel Stern, Susan McDonough e Alicia Lieberman[5,7-8]. Destacamos o trabalho de Lieberman sobre o conceito de "*Angels in the Nursery"* – nesta abordagem, a autora defende a importância de abordar experiências precoces benevolentes dos progenitores, momentos que recordam como tendo sido compreendidos, aceites e amados, promovendo uma "identificação ao protetor." Adicionalmente, estas memórias positivas devem ser integradas com as experiências negativas e/ou traumáticas, de forma a tornar a narrativa do cuidador mais coerente[9].

A psicoterapia mãe-bebé é uma psicoterapia psicodinâmica, existindo, contudo, abordagens mais (1) representacionais – focada nas representações

parentais do bebé; (2) interacionais – centradas na interação da díade na terapia; (3) integrativas – engloba ambos os aspetos das anteriores[10-11].

A duração e a frequência da psicoterapia são variáveis, dependendo da abordagem psicoterapêutica, da gravidade do caso clínico, da disponibilidade da díade e também dos recursos físicos e técnicos da instituição. Pode, assim, variar de acordo com o problema, sendo que tipicamente variam entre cinco a 20 semanas, numa frequência semanal[12].

O objeto terapêutico desta psicoterapia é a díade mãe-bebé e não o trabalho individual e separado dos dois elementos. O terapeuta deve ter em conta que a relação é única, irreplicável e bidirecional, nascendo das características particulares da mãe e do bebé (temperamento, experiências, presença de doença física e/ou mental, entre outros)[2,13].

No decorrer das sessões, o terapeuta deve promover uma melhor capacidade reflexiva do progenitor, ajudando-o na leitura dos seus próprios estados internos e dos do bebé. Deverá procurar também auxiliar a mãe a responder de forma adequada às necessidades da criança, no tempo e intensidade adequados. Por exemplo, explorar e modular comportamentos incoerentes, imprevisíveis e intrusivos ou, por oposição, ausentes. Igualmente importante é validar e reforçar sentimentos de competência na mãe, procurando que o espaço terapêutico seja um local seguro para explorar temas difíceis (seus e da relação). Consequentemente, o trabalho com a díade ajuda também ao desenvolvimento de uma melhor capacidade reflexiva e na regulação emocional no bebé, com o objetivo último de promoção de uma vinculação segura[8,10].

O reportório de sintomas na primeira infância não é extenso, dado que o bebé não possui ainda formas elaboradas para expressar o seu desconforto e sofrimento. As queixas poderão ser birras, maior irritabilidade, alterações do padrão de sono e/ou alimentar, autoagressão e regressão. É importante realçar que um mesmo sintoma pode ter diferentes causas, algumas delas stressores normativos e temporários que não necessitam de intervenção. São disso exemplo: o nascimento de um irmão, doença física, mudança de casa, ausência de um progenitor, desmame, entre outros[14]. No entanto, a manutenção de um sintoma deve ser avaliada e, caso necessário, sujeita a intervenção. Esta avaliação tem de ser sempre enquadrada na relação pois nesta idade, como conceptualizou Donald Winnicott: "*a baby alone doesn't exist*"[4].

Há vários fatores que podem contribuir para a disfunção sustentada na díade mãe-bebé: (1) stressores traumáticos, como violência doméstica e/ou na comunidade, migração, aculturação, doença médica com instrumentação, separação prolongada ou repetida das figuras de vinculação, negligência, abusos; (2) características constitucionais do bebé, como atraso do desenvolvimento,

perturbação da integração sensorial, prematuridade, perturbação do espectro do autismo; (3) características do cuidador, sendo disso exemplos parentalidade na adolescência, história de trauma, doença psiquiátrica[14-15]. Para além do sofrimento associado, estas situações podem conduzir a atrasos no desenvolvimento psicomotor, sintomas internalizantes e externalizantes aos cinco anos e o desenvolvimento de vinculações insegura ou desorganizada, esta última frequentemente associada à existência de psicopatologia em idades mais avançadas[3,12,16]. Assim, a psicoterapia mãe-bebé está indicada perante ocorrência sustentada de sintomas sem causa orgânica, que causam impacto no bem-estar do bebé, do cuidador e/ou da família, particularmente na presença dos fatores acima enunciados[15].

Como já referido, o foco da intervenção é a relação entre mãe-bebé e não terapeuta-bebé, tendo o terapeuta um papel de mediador da comunicação mãe-criança. À mãe é deixado um espaço livre de atuação com o filho, no qual o terapeuta intervém sempre que a comunicação da díade aparece em crise[1].

A psicoterapia mãe bebé constrói-se no *brincar* – uma atividade que se pretende prazerosa e de colaboração entre bebé e cuidador. Na brincadeira e no jogo, ambos podem encenar e co-recriar narrativas sobre temas problemáticos e comunicar, assim, as suas ansiedades, medos e desejos. Infelizmente, em alguns casos, o espaço psicoterapêutico é o único local onde a díade pode experienciar o brincar. É fundamental que o terapeuta esteja atento à linguagem verbal mas, tão ou mais importante, à não-verbal. Caber-lhe-á o papel de tradutor entre o bebé e o progenitor, sobretudo nos casos em que parece haver desencontros importantes na comunicação. Neste papel, o terapeuta procurará desconstruir atribuições erróneas e colocar em palavras as ações e as emoções. Uma ferramenta fundamental é o "*falar pelo bebé*", com o intuito de ajudar os pais na representação mental de aspetos importantes da criança que possam ter sido negados, desvalorizados ou mal interpretados. Este trabalho promove o desenvolvimento da capacidade simbólica e de uma melhor regulação emocional em ambos os elementos[11].

O brincar permite também trabalhar o reconhecimento do bebé como um ser independente, com agência, vontade e capacidade mnésica. Neste sentido, devem ser respeitadas as preferências pelos jogos e brincadeiras da criança, assim como permitir a exploração e intervenção do espaço, sob o olhar protetor dos pais.

Em alguns casos, poderá ser importante abordar as experiências precoces da mãe, nomeadamente as suas histórias com as suas figuras cuidadoras. Esta exploração, de forma cuidada e neutra, auxilia a tornar conscientes os conflitos e afetos do progenitor, que podem estar a "contaminar" a relação atual com o seu bebé. Ao estabelecer esta ponte entre presente e passado, o terapeuta permite libertar o bebé das projeções dos pais e previne a internalização e a identificação projetiva consequentes. Este trabalho é de particular importância em famílias com histórias de

abuso e de negligência, com particular foco na diminuição da transmissão transgeracional do trauma[15]. Este trabalho deve ser realizado adotando uma postura neutra e empática, com reforço e validação dos pontos positivos, em detrimento dos negativos.

A intervenção deve ser planeada e adequada ao estadio de desenvolvimento do bebé mas também às características do cuidador. Assim, em determinadas situações (como seja o diagnóstico de perturbações da personalidade ou patologia psicótica do progenitor), será preferível uma abordagem de suporte e diretiva, em vez de uma abordagem mais expressiva[15-16].

Em determinados casos, pode ser necessário articular com outros profissionais e/ou equipas – enfermagem, psicologia, outras especialidades médicas, serviço social, terapia ocupacional, terapia da fala, entre outros. Realçamos neste ponto as situações de desemprego, violência doméstica e/ ou na comunidade e situação económica precária, em que é importante a articulação com o serviço social (institucional e da comunidade).

O planeamento e condução da psicoterapia devem, também, integrar o contexto socio-cultural em que a díade se insere, pois este fator modula a interação entre o cuidador e o bebé. A identidade e particularidades culturais, como por exemplo tradições, hábitos e/ou costumes familiares, devem ser respeitadas e integradas no tratamento[13,15].

Com este trabalho, as autoras apresentam um caso clínico de uma psicoterapia mãe-bebé, que se destaca pelas características socio-culturais da díade e sua integração no processo psicoterapêutico. Na atual conjuntura de fortes correntes de migração em todo o mundo[17], considera-se que esta será uma situação cada vez mais frequente na nossa prática clínica e para a qual os técnicos devem estar preparados.

CASO CLÍNICO

Apresentação e história clínica

A., 18 meses, género feminino, afrodescendente, foi referenciada para uma primeira consulta de psiquiatria da primeira infância, pela pedopsiquiatra de um dos seus irmãos, por se tratar de uma bebé de risco – o seu irmão mais velho de 7 anos tem o diagnóstico de uma perturbação do espetro do autismo (PEA) e o segundo irmão de 4 anos apresenta um atraso global do desenvolvimento. A mãe negava qualquer preocupação com a A.

A. tem nacionalidade portuguesa, reside em meio urbano, com a sua mãe (39 anos), os dois irmãos e prima materna (38 anos); o pai (40 anos) reside em Angola, vindo a Portugal de três em três meses, permanecendo cerca de 15 dias. É filha de pais de nacionalidade angola, ambos licenciados e é a terceira de uma fratria de três. O referido agregado familiar emigrou para Portugal em 2016, para acompanhamento da PEA do filho mais velho; a mãe encontrava-se desempregada, estando o pai a trabalhar em Angola (engenheiro informático).

A. nasceu por parto eutócico, em meio hospitalar, de uma gravidez de 38 semanas desejada e planeada, sem intercorrências. Apresentava um peso de 3360gr, 46cm de comprimento e um perímetro cefálico de 34.5cm, com um Apgar de 9/10/10, sem necessidade de ser reanimada. Ficou internada com a mãe durante 10 dias, por hipertensão arterial materna. As gravidezes e partos dos irmãos ocorreram sem intercorrências de relevo. Relativamente ao período pós-parto, a mãe descreveu que esteve impossibilitada de tratar de A. nos primeiros dois meses, pois estava confinada ao leito, decorrente "dos problemas das tensões" sic. Negou alterações do seu humor.

A. é uma menina saudável, sem patologias médico – cirúrgicas de relevo. Excetuando as patologias dos irmãos, acima referidas, a mãe nega outras patologias psiquiátricas ou médicas familiares.

Relativamente à linguagem, a mãe descreve que A. tinha adquirido menos de 20 palavras e não utilizava o *não*. Em termos de motricidade, a mãe identificava o sentar sozinha aos 5 meses; gatinhar aos 8; pôr-se de pé aos 12 e início da marcha aos 14 meses; referia que A. apresentava algumas dificuldades, como correr ou apanhar objetos do chão sem se desequilibrar.

A menina esteve em casa aos cuidados da mãe, avó, tia e prima maternas até aos 12 meses, tendo ingressado no jardim-de-infância (JI) com essa idade. A adaptação inicial terá sido algo conturbada, segundo a mãe "*ela chorava e eu chorava também…até disse à tia que ia ficar comigo em casa. Depois foi com o irmão do meio e melhorou*" sic. À data da consulta já estava bem integrada.

Em relação aos seus interesses e atitudes particulares, a A. gostava de "*brincar com coisas de menino por causa dos irmãos: gosta de trepar, jogar à bola, fazer corridas… brinca muito com os irmãos*" sic. A mãe descrevia-a como sendo "*simpática, sorridente, gosta muito de imitar e repetir o que os mais velhos fazem, é um doce*" sic.

O seu quotidiano é passado no JI e em casa com a família. A mãe tem dificuldade em descrever as brincadeiras que faz com a filha, referindo-se às mesmas de uma forma pouco específica: "*ela brinca com os irmãos e imita-os*" sic. As particularidades da dinâmica familiar são também difíceis de obter em

detalhe, já que a mãe apenas providencia informação vaga e com pouco pormenor, não cedendo à exploração mais detalhada.

À observação na primeira consulta, a A. apresentava-se como uma menina bonita, de aspeto cuidado e sorridente, entrando no gabinete pelo seu próprio pé, seguindo a mãe. De início ficou retraída, parada, limitando-se a observar com olhar atento e de alerta o meio em redor (a mãe não lhe apresentou o espaço). Progressivamente foi explorando os objetos, interagindo com as terapeutas através do contacto ocular. Verbalizava algumas palavras como "bebé", "caiu", "isto", utilizando frequentemente a linguagem não-verbal para se fazer entender. Manteve-se sempre muito próxima fisicamente da cuidadora, explorando o espaço mais afastado apenas pelo olhar. O jogo desenvolvido foi essencialmente sensoriomotor, esboçando o funcional; relativamente à linguagem, confirmou-se que tinha apenas adquirido menos de 20 palavras e não utilizava o *não*; evidenciava dificuldades no planeamento motor e um padrão desajeitado a nível da motricidade ampla e fina, abaixo do esperado para a idade[18].

Diagnóstico

No Serviço onde foi efetuada esta consulta, crianças entre os 12 e os 24 meses são todas sujeitas à realização da *Situação Estranha*[19] adaptada à clínica, que consiste num procedimento laboratorial padronizado, que visa avaliar a forma como a criança organiza o seu comportamento em relação à figura de vinculação quando é introduzido um stressor (a separação) a partir da qual é inferido o padrão de vinculação. Este consiste em cinco etapas: três minutos iniciais de exploração/jogo da criança com os pais/cuidadores; momento de separação no qual os pais/cuidadores deixam a sala; mais três minutos em que o observador fica disponível para a interação com a criança; momento de reunião no qual os pais/cuidadores regressam; e os três minutos finais em que há a retoma do jogo livre entre criança e pais/cuidadores. Aqui, é importante avaliar alguns tópicos como o uso que a criança faz das figuras de referência e a resposta destas; a diversidade de modalidades de aproximação da criança; a postura dos cuidadores e sua adequação; a capacidade dos cuidadores e da criança focarem a atenção em conjunto e desenvolverem ciclos de interação progressivamente mais complexos; a tonalidade afetiva predominante e sua variação; a capacidade dos cuidadores de tranquilizar a criança; a capacidade de introduzirem interdições adequadas à idade sem lhe causar desprazer; a capacidade da criança lidar com a frustração; o discurso livre dos cuidadores e em relação às manifestações da criança, em termos de conteúdo, qualidade afetiva e adequação.

Através do registo videográfico e com posterior visualização em reunião de equipa (geralmente cerca de 10 elementos da equipa multidisciplinar), atendendo aos dados recolhidos e todas as observações, é realizada a classificação da vinculação para cada caso. A Situação do Estranho de A., com base nos tópicos referidos anteriormente, foi classificada como sendo *Insegura Resistente.* Segundo a Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e de Desenvolvimento da Primeira Infância (DC:0-5)[18] o caso foi classificado como:

- Eixo I: 0 – sem psicopatologia;
- Eixo II: A2: ambiente de cuidados – relações com restrições a preocupantes;
- Eixo III: 0 – sem problemas de saúde física;
- Eixo IV: este caso apresenta vários stressores psicossocias e ambientais, dos quais destacamos: a ausência do pai, emigração, aculturação, as patologias dos irmãos e a existência de múltiplos cuidadores;
- Eixo V: consideramos que a menina possuía várias competências desenvolvimentais emergentes, mas inconsistentes de acordo com a faixa etária, nomeadamente o domínio da linguagem e comunicação social e o da motricidade e desenvolvimento físico.

As avaliações por Psicologia e por Terapia Ocupacional confirmaram o ligeiro atraso no desenvolvimento motor e da linguagem.

Confrontando os resultados da nossa avaliação com a incongruência entre a descrição da mãe de A. e o observado na consulta e o pouco tempo de qualidade na díade, foram propostas sessões de psicoterapia mãe-bebé com os objetivos de promover o processo separação-individuação, auxiliar a mãe nas leituras e resposta às necessidades da A. e melhorar o padrão de vinculação.

Processo psicoterapêutico

Realizaram-se oito sessões semanais, com duração de 45 a 60 minutos, que tiveram lugar sempre na mesma sala (com duas exceções) e sempre no mesmo horário. Os elementos participantes foram a A., a mãe e duas médicas/terapeutas. Foi escolhido um modelo com duas terapeutas devido à possibilidade de uma delas ter de interromper o processo terapêutico por questões logísticas, sendo que a outra terapeuta manteria o processo psicoterapêutico. Tal fato não se verificou, pelo que ambas estiveram presentes ao longo de todas as sessões.

Na primeira sessão foi mostrado o vídeo da Situação Estranha à mãe e explicados os pontos positivos da interação; seguidamente abriu-se espaço ao jogo livre para interação entre a díade, de forma a proporcionar-lhes um lugar seguro para a relação e também para se perceber o seu tipo de dinâmica. Tal como na primeira consulta, a mãe não apresentou o espaço à filha espontaneamente, parecendo muitas vezes perdida, sem saber o que fazer, em silêncio. As

terapeutas auxiliaram a mãe a fazer a leitura do espaço, sugerindo-lhe que iniciasse um jogo com uma boneca do interesse da filha. A mãe foi necessitando de ajuda durante a sessão, transmitindo-nos a sensação de precisar de um modelo. De salientar ainda que se manteve sempre atrás da A., sendo quase ausente o contato ocular entre ambas.

Nas três sessões seguintes A. apresentou-se sempre como uma menina hipervigilante e pouco exploradora do meio apesar de este ser muito apelativo. A mãe evidenciou também dificuldades claras quer no início e manutenção do jogo, quer na leitura dos desejos da menina. Nestas sessões foram notórias as dificuldades de comunicação bebé-cuidador: mãe e bebé tinham poucas ou quase nulas verbalizações, permanecendo em silêncio por largos minutos. A bebé ia dirigindo um olhar inquiridor à mãe e mostrava-lhe alguns objetos, movimentos aos quais a mãe não respondia. As técnicas, evitando posturas intrusivas ou autoritárias, procuraram ler e verbalizar os desejos da menina, introduzindo a palavra e o simbolismo na díade[13].

A partir da quarta sessão, foram visíveis progressivamente uma maior capacidade da bebé de explorar, mais momentos de comunicação entre ambas (maior contato ocular, mais verbalizações, maior sensibilidade materna na leitura das necessidades da menina) e maior iniciativa e prazer das duas no jogo, necessitando menos frequentemente da intervenção das terapeutas. Contudo, o jogo da mãe manteve-se muito repetitivo, sem grande capacidade de introduzir o simbólico e a criatividade (com repetição das mesmas ações e diálogos no jogo, sessão após sessão). Durante o processo, foi-se fazendo ainda a verbalização frequente dos possíveis estados internos da bebé (alegria, zanga, receio, etc.) no sentido de tentar ajudar a mãe no seu funcionamento reflexivo materno (a capacidade do cuidador de manter os estados emocionais e mentais da criança em mente) e a menina na compreensão das suas próprias emoções com estimulação do uso da simbolização e da leitura emocional.

Apesar desta melhoria progressiva, a menina mantinha o uso indiferenciado da palavra "bebé" para se referir a variadas personagens (a própria, técnicas, objetos vários da sala) e a mãe justificava o fato explicando que em casa os três filhos são "os bebés", não sendo chamados pelos respetivos nomes. Na sessão seguinte foi, então, abordada a necessidade de individuar as crianças e os adultos, não sendo todos referenciados pela mesma designação e introduzindo, através do jogo, a diferenciação entre os vários elementos: a mãe, a A., os irmãos e as médicas. Isto é importante para o seu processo de separação/individuação e na construção das bases de uma identidade coesa e segura[3-4].

À medida que as sessões decorriam, foi-se registando que a A. era capaz de trazer dados da sessão anterior quer a nível de jogo, quer a nível de objetos que

levava e trazia na sessão seguinte – objetos de transição do espaço terapêutico, retomando os jogos e procurando os brinquedos das sessões anteriores, possibilitando a internalização e construção de um modelo relacional alternativo que lhe permitia desenvolver outras competências relacionais.

Tinha já sido abordada a importância do desmame quer para o desenvolvimento da comunicação verbal da menina, quer para a melhoria da comunicação cuidador-criança e ajuda no processo de individuação. Na sétima sessão, a mãe trouxe de volta o assunto referindo que já tinha iniciado o processo, explicando que tinha vindo uma prima de Angola para ficar com a filha à noite e que colocava folhas de repolho para secar o leite mais rapidamente. Nesta sessão, apresentava-se muito desconfortável, claramente com dores pela tensão mamária e foi notória a zanga da A., atirando vários objetos para o chão e saindo do gabinete. O trabalho das terapeutas de verbalizar o estado emocional da menina e o da mãe, colocando em palavras quer a sua zanga, quer os seus receios teve como objetivo mostrar à mãe o quão importante é explicar à bebé o que se está a passar de forma a tranquilizá-la e dar-lhe um tempo lúdico/relacional de qualidade em substituição da mãe/mama. Aqui, foi ainda informada a mãe da possibilidade de introdução de fármacos para auxiliar o processo de desmame que esta recusou, preferindo os métodos tradicionais usados na sua família e cultura.

Na sessão seguinte, a mãe referiu que o desmame já tinha terminado e a menina já não pedia a mama, encontrando-se bem-disposta, mãe-criança mais interativas, com prazer mútuo, não necessitando da intervenção dos terapeutas.

As terapeutas procuraram explorar com a mãe a dinâmica familiar, nomeadamente a ausência do pai, a vivência das patologias dos dois irmãos, qualidade e organização das relações entre os vários elementos do agregado (crianças, casal, primas, avó), mas a mãe não cedia a esta exploração, respondendo de forma concisa e vaga às questões que lhe eram colocadas. Mostrou-se também impermeável à exploração das suas relações precoces.

Finalmente, na 8ª sessão foi realizada novamente a *Situação Estranha*, num gabinete diferente, totalmente novo para a díade, e com outros intervenientes que não as terapeutas que a tinham seguido. À semelhança da primeira sessão, a situação foi gravada e posteriormente apresentada e classificada em reunião multidisciplinar, tendo a vinculação sido caracterizada como Segura.

DISCUSSÃO

Este caso demonstrou claros benefícios com a intervenção precoce na díade, sendo evidente uma evolução favorável: a vinculação, inicialmente classificada

como insegura resistente, passou a uma vinculação segura, categoria esta que sabemos estar relacionada com melhores *outcomes* em termos de saúde mental. Efetivamente, Barlow e colegas numa revisão sistemática realizada sobre psicoterapia mãe-bebé, concluíram que esta abordagem melhora significativamente o padrão de vinculação: nas díades que completaram esta modalidade de tratamento verificou-se uma maior transição de vinculação do tipo insegura para segura e uma redução do tipo desorganizada[12].

Consideramos que o ambiente empático e de validação para as dificuldades da mãe foi um importante pilar em todo o processo psicoterapêutico. A maior disponibilidade da figura materna para o jogo e para a exploração e partilha, com a ajuda das terapeutas na leitura das necessidades emocionais da criança e na promoção de respostas mais contingentes, conseguiu-se, em parte, pela adoção de uma postura disponível, empática e não intrusiva das terapeutas, respeitando as suas caraterísticas. Criar um ambiente securizante para a mãe, auxilia a que esta seja uma base mais segura para a sua bebé.

Verificámos que A. tinha fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia: dois irmãos com perturbação psiquiátrica (PEA e atraso global do desenvolvimento) e apresentava já algum atraso no desenvolvimento psicomotor, nomeadamente no planeamento motor e na linguagem. Com a psicoterapia mãe-bebé, foi possível estimular estas áreas do seu desenvolvimento, ajudar a cuidadora a fazer leituras mais adequadas a uma bebé desta idade, uma vez que os irmãos têm ambos atraso, tendo-se verificado uma melhoria significativa com evolução para padrões normativos para a sua idade.

No processo terapêutico foi também explicado e incentivado o processo de individuação de A., tendo intervido as terapeutas como um terceiro elemento separador e diferenciador da díade. Este processo é fundamental para uma autonomia e desenvolvimento biopsicossial saudáveis[6].

Relativamente à organização, estilo comunicacional e tradições familiares, foram notadas diferenças significativas, em comparação com outras díades. Verificou-se, no trabalho psicoterapêutico, que a mãe se colocava muitas vezes atrás de A., não havendo contacto ocular entre ambas; inicialmente, era evidente a necessidade de A. manter a proximidade e contacto físico com a sua mãe e o parco uso da palavra, sendo notórios os "momentos de silêncio" entre ambas, quer na apresentação do meio e exploração dos seus vários elementos, quer na leitura e nomeação dos estados de A. Estudos publicados sobre as atitudes parentais, concluíram que mães imigrantes na Europa provenientes de países da África Ocidental, apresentam maior foco no contacto físico, menor contacto face-face com o bebé, menor uso da palavra e uma maior "disjunção" entre o verbal e não-verbal, em comparação com mães europeias[20-21]. Adicionalmente,

verificámos algumas situações incomuns na cultura ocidental, mas que se revelaram normativas para o agregado familiar em questão. São disso exemplo: a existência de vários cuidadores após o nascimento (mãe, tia, prima, avó); a mãe não ser a principal cuidadora, sendo a maioria dos cuidados da responsabilidade da prima (o que possivelmente condicionava a sua dificuldade em dar mais informação, bem como uma limitada riqueza afetiva nas brincadeiras com a filha); e o processo ritualizado de desmame em que há uma separação física quase total da bebé da sua figura materna para acelerar/facilitar o processo de secagem do leite, com introdução de um terceiro elemento feminino (uma segunda prima) no agregado familiar, para cuidar da criança. Estes complexos aspetos, que advém de um fundo cultural diferente, foram integrados e respeitados no processo psicoterapêutico, cumprindo as recomendações da DC:0-5[18]. Assim, a introdução de outras possibilidades de estar foram realizadas de forma subtil e atenta, respeitando as idiossincrasias da díade, avaliando sempre os limites da intervenção e evitando a imposição de modelos que chocam com a cultura dos cuidadores.

Para além do referido, encontrámos algumas dificuldades adicionais que limitaram a nossa atuação. A principal, foi a dificuldade no acesso ao mundo interno da mãe, nomeadamente às suas representações, sentimentos, desejos, receios e relações precoces com os seus cuidadores, assim como a outros temas relevantes como a vivência pela família da emigração em Portugal, do diagnóstico de PEA e atraso global do desenvolvimento dos outros dois filhos e a ausência prolongada do pai. A mãe proporcionava escassa informação, não cedendo à nossa exploração, respondendo de forma curta e evasiva ao que lhe era questionado. Desta forma a nossa intervenção foi mais interacional do que representacional.

Na nossa avaliação a mãe demonstrava um humor eutímico, sendo que a sua postura de sub-envolvimento nos pareceu dever-se mais a questões culturais e/ou da personalidade da própria. Contudo, não foi possível excluir a existência de um episódio depressivo, nomeadamente no período pós-parto. Efetivamente, a literatura alerta para o facto de os quadros depressivos na população africana se apresentarem frequentemente com sintomas somáticos (queixas álgicas diversas e astenia), atribuídos pelos doentes a patologias orgânicas e não a alterações do seu fundo anímico[22-23]. No nosso caso clínico, a mãe de A. descreve que ficou incapacitada nos dois meses pós-parto devido às "tensões altas", passando a maior parte do tempo em casa com clinofilia, sendo os cuidados à bebé assegurados por outras cuidadoras. Apesar de ter negado alterações do humor não excluímos, pelo exposto, a possibilidade de ter sofrido uma depressão pós-parto.

18

A literatura respeitante à psicoterapia mãe bebé em díades migrantes e culturalmente diversas e as consequentes particularidades no processo psicoterapêutico é escassa. Dados os crescentes fluxos migratórios que a nossa sociedade atual presencia[17], é fundamental a preparação dos técnicos para estas novas realidades e suas idiossincrasias.

O fator tempo foi, também, um limitante no nosso trabalho. Consideramos que um maior número de sessões teria possibilitado trabalhar com a díade algumas das questões acima referidas; contudo, por dificuldades logísticas, tal não foi possível, o que limita a consistência das conclusões apresentadas.

CONCLUSÕES

A Psicoterapia mãe-bebé é uma ferramenta terapêutica crucial na primeira-infância. Assenta no princípio de que os sintomas na criança nascem e são fortemente moldados na relação de vinculação com as suas figuras cuidadoras. Trabalhando e melhorando a comunicação mãe-criança num contexto securizante para ambas, a psicoterapia mãe-bebé permite o retomar a um normal desenvolvimento afetivo e psicomotor e o estabelecimento de uma vinculação segura.

REFERÊNCIAS

1 Prado, L. C., Gomes, A. G., Frizzo, G. B., Santos, C. A., Schwenberger, D. D. S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*, 1-13.

2 Gonçalves, M. J. (2009). Psicoterapias mãe-bebé: Contribuições clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 27*, 17-33.

3 Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). Washington, DA: American Psychiatric Publishing.

4 Gomez, L. (1997). *An introduction to object relations*. New York: NYU Press.

5 Wendland, J. A (2001). Abordagem clínica das interações pais-bebê: Perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14*, 45-46.

6 Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 387-421.

7 Monteiro, P. (2014). *Psicologia e psiquiatria da adolescência*. Lidel.

[8] Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attach Hum Dev, 7*(3), 269-281.

[9] Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Ment Health J, 26*(6), 504-520.

[10] Lieberman, A. F., Silverman, R. P., & Pawl, J. H. (2005). *Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Publication.

[11] Puura, K. P., & Kaukonen, P. (2010). Parent-infant psychotherapies and indications for inpatient versus outpatient treatments. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Orgs.), *Parenthood and mental health* (1st ed., pp. 401-413). United Kingdom.

[12] Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. P., & Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2

[13] Guedeney, A., Guedeney, N., Wendland, J. P., & Burtchen, N. (2014). Treatment: Mother-infant relationship psychotherapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 28*(1), 135-145.

[14] Willheim, E. (2013). Dyadic psychotherapy with infants and young children: Child-parent psychotherapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 22*(2), 215-239.

[15] Tyano, S., Keren, M., Herrman, H. P., & Cox, J. (2010). *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*. Oxford: Wiley.

[16] Keren, M. P., & Tyano, S. (2015). Psychopathology and its early impact on parenting behaviors in mothers: The interface between adult and infant psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 52*(2), 92-98.

[17] OECD. (2019). *International migration outlook 2019*. Paris: OECD Publishing.

[18] Klaehn, R. L. P. (2018). DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. *Infant Mental Health Journal, 39*(4), 489-491.

[19] Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34*(10).

[20] Carra, C., Lavelli, M., Keller, H., & Kärtner, J. (2013). Parenting infants: Socialization goals and behaviors of Italian mothers and immigrant mothers from West Africa. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*(8), 1304-1320.

[21] Rabain-Jamin, J. (1989). Culture and early social interactions. the example of mother-infant object play in African and native French families. *European Journal of Psychology of Education, 4*(2), 295-306.

[22] Bagayogo, I. P., Interian, A., & Escobar, J. I. (2013). Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine, 33*, 64-74.

[23] Ma-Kellams C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: A review of the literature and directions for future research. *Frontiers in Psychology, 5*, 1379.

ABSTRACT

Mother-baby psychotherapy is a relational psychotherapy whose main objectives are to improve the caregiver's relationship with the young child in order to promote a better psycho-emotional development of both, but mainly of the baby, Psychodynamically oriented, it is a therapy that has been little discussed but with proven results when applied to children with psycho-socio-emotional problems with developmental impact, whose origin is evidenced in a dyadic crisis.

In the present clinical case, we consider not only the problems inherent in the relationship and its influence on the baby's development, but also the fact that this is a risk group child (two older siblings with neurodevelopmental issues) and the cultural aspects we had to be aware of as some questions arose during the therapeutic process, based on the different cultural background, namely that of Angolan/African culture.

After the psychotherapeutic intervention, the therapists saw several improvements in the dyad's relationship as well as in the child`s development. The attachment changed from Insecure Resistant to Secure, evaluated by a film of their interaction that was analysed by the whole team. The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5) emphasizes the importance of these issues in mental health wellbeing and in the prevention of future psychiatric illness.

Key words: Mother-baby psychotherapy, Binding, Development, Cultural differences.

BEM ME QUER, MAL ME QUER… PERTURBAÇÃO DA RELAÇÃO CUIDADOR-CRIANÇA
Caracterização do diagnóstico de Eixo II (DC 0-3R) numa amostra clínica de primeira infância

Joana Mesquita Reis [1]
Berta Pinto Ferreira [2]
Luísa Queiroga [1]
Pedro Caldeira da Silva [3]

RESUMO

Embora vários autores tenham alertado para a influência da relação com o cuidador no desenvolvimento psicoafetivo da criança, as investigações relativas às perturbações da relação, à sua evolução ao longo tempo e aos fatores que contribuem para o desenvolvimento posterior de outros diagnósticos psicopatológicos, são ainda escassas. Com este estudo pretendeu-se caracterizar uma amostra clínica de crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos de idade, com o diagnóstico de perturbação da relação cuidador/criança (Eixo II – DC 0-3R). Numa fase posterior pretende-se realizar um estudo longitudinal para avaliação da dinâmica evolutiva destes quadros.

Verificou-se uma associação entre a existência de psicopatologia materna e a presença de uma perturbação na relação cuidador/criança. Assim, este estudo alerta para importância de um diagnóstico e intervenção precoce da psicopatologia materna de forma a prevenir a instalação destes quadros. Adicionalmente reforça a importância de uma proximidade e articulação entre os serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria.

Palavras-chave: Perturbação da relação, Psicopatologia, Primeira infância, Pais-criança.

[1] Médica Interna de Pedopsiquiatria, Serviço de Pedopsiquiatria, Centro de Estudos do Bebé e da Criança / Unidade da Primeira infância, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.

[2] Assistente Hospitalar de Pedopsiquiatria, Serviço de Pedopsiquiatria, Centro de Estudos do Bebé e da Criança / Unidade da Primeira infância, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.

[3] Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Pedopsiquiatria, Diretor da Especialidade de Pedopsiquiatria, Chefe de Equipa do Centro de Estudos do Bebé e da Criança / Unidade da Primeira Infância, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, vários autores alertaram para a influência da relação cuidador/bebé no desenvolvimento psicoafetivo da criança. Estudos recentes têm corroborado estas teorizações, sugerindo que a qualidade das relações precoces estabelecidas contribui para o desenvolvimento da personalidade e para a qualidade das relações estabelecidas no futuro[1-2].

Na classificação diagnóstica das perturbações de saúde mental da primeira infância – DC 0-3, o Eixo II corresponde à perturbação da relação estabelecida entre o cuidador e a criança, a qual é caracterizada com base numa *Checklist* de Problemas da Relação – RPCL (que qualifica a relação com recurso a uma lista que avalia a qualidade comportamental da interação, a tonalidade afetiva e o envolvimento psicológico da díade cuidador-criança) e na Escala de Avaliação Global do Relacionamento Pais-Criança – PIRGAS (que quantifica a relação de 0 a 100)[3]. Embora as perturbações da relação sejam amplamente abordadas, as investigações que se focam neste eixo são ainda escassas.

Na Unidade da Primeira Infância (UPI) verificou-se que os registos clínicos associados a este Eixo nem sempre eram devidamente preenchidos o que dificultava o estudo aprofundado destas perturbações. Neste sentido, elaborou-se um documento com questões dirigidas às perturbações da relação cuidador/criança que incluía não só o PIRGAS e a RPCL, mas também outras variáveis que os autores consideraram de relevo para um posterior estudo a este nível. A elaboração deste documento permitiu sensibilizar os clínicos para o preenchimento destes dados, e deste modo a possibilidade de realização do presente trabalho. Assim, os autores pretendem com este estudo, realizar uma caracterização inicial de uma amostra clínica de primeira infância com diagnóstico de Eixo II, para posterior avaliação longitudinal (através de follow-ups a cinco anos). Deste modo, pretende-se compreender como evoluem estes quadros ao longo do tempo e determinar eventuais fatores que possam contribuir como protetores ou de risco para o estabelecimento de uma perturbação da relação e para o eventual desenvolvimento posterior de outros diagnósticos psicopatológicos.

OBJETIVOS

Dividimos o presente estudo em duas fases, sendo este artigo referente à Fase 1 do estudo. Na *Fase 1* pretende-se caraterizar uma amostra clínica de crianças,

com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos de idade, com o diagnóstico de Eixo II (DC 0-3R), observadas na Unidade da Primeira da Infância. Na *Fase 2* pretende-se realizar um estudo longitudinal para avaliação da dinâmica evolutiva destes quadros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Na Fase 1 deste trabalho foi realizado um estudo transversal, no qual foram incluídas todas as crianças observadas em primeira consulta, na UPI, durante 12 meses.

Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico do doente, sendo recolhida informação relativamente às variáveis em estudo: idade; género; motivo de consulta; diagnóstico de Eixo I, II, III e IV da DC 0-3R; psicopatologia parental; número de elementos da fratria e respetiva posição na fratria e tipologia da família. Foi também recolhida informação relativa à frequência da criança na creche (e idade de entrada na mesma). Nos casos em que a criança ainda não frequentava a creche os pais foram questionados em relação ao cuidador preferencial da criança durante o dia (pais, avós, amas, entre outros).

Foram excluídos da amostra os casos em que não estavam preenchidos os dados relativos ao Eixo II no processo clínico. O Eixo II classifica a relação estabelecida entre o cuidador e a criança com base no PIRGAS e na RPCL. O **PIRGAS** trata-se de uma escala que classifica o relacionamento cuidador-bebé, de 1 a 100, encontrando-se agrupada em intervalos de 10 pontos, que variam entre maus-tratos documentados (1-10) e bem-adaptada (91-100), existindo, para cada intervalo, uma descrição das características dominantes da relação observada. Neste sentido, a relação pode ser classificada em: bem-adaptada (91-100); adaptada (81-90); afetada (71-80); significativamente afetada (61-70); atribulada (51-60); problemática (41-50); perturbada (31-40); severamente perturbada (21-30); perigosamente desorganizada (11-20); maus-tratos documentados (1-10). Uma cotação PIR-GAS inferior a 40 indica uma perturbação da relação, enquanto que cotações entre os 41 e 80 evidenciam alguns aspetos problemáticos ou tendência para perturbação da relação, e podem beneficiar com intervenção terapêutica. Na **RPCL** a relação cuidador/criança pode ser classificada em sobre-envolvida; subenvolvida; ansiosa/tensa; zangada/hostil; abusiva; verbalmente abusiva; fisicamente abusiva e sexualmente abusiva. O técnico deverá consultar a listagem das características que definem cada um dos tipos de relação cuidador/criança (as quais têm por base a qualidade comportamental da interação, a tonalidade afetiva

e o envolvimento psicológico da díade cuidador-criança), de modo a estabelecer a que melhor caracteriza a relação. Para cada qualidade relacional o técnico deverá indicar se existe: "nenhuma evidência", "alguma evidência" ou "evidências substanciais".

Após a recolha, os dados foram tratados em SPSS® (v10.0.1). No tratamento dos dados foi considerada dificuldade na relação quando o valor de PIRGAS era menor que 80; tendência a perturbação um PIRGAS entre 79 e 41 e relação perturbada um PIRGAS igual ou inferior a 40.

RESULTADOS

De uma população total de 209, obtivemos uma amostra de 176, após exclusão de 33 casos. Relativamente à caraterização geral da nossa amostra obtivemos uma idade média de 25,86 meses (*dp*=10,312; min.=2 meses; máx.=50 meses). 50 dos casos (28%) eram do género feminino e 126 (72%) do género masculino.

O principal motivo de consulta foi por problemas de comportamento (31%), seguindo-se por ordem decrescente: as dificuldades de socialização (19%) e de comunicação verbal (19%), os problemas de sono (13%), os problemas de desenvolvimento (8%), as dificuldades ao nível da alimentação (4%), os problemas relacionados com o ambiente (3%), os problemas afetivos (2%) e as alterações ao nível da expressão motora (1%).

Das 176 crianças, 109 crianças (61,9%) apresentavam um diagnóstico de Eixo I (DC 0-3R) e 67 (38,1%) não tinham diagnósticos ao nível deste Eixo. O diagnóstico de Eixo I mais frequente foi a Perturbação da Relação e da Comunicação (25,6%), seguindo-se as Perturbações Regulatórias do Processamento Sensorial (9,7%), as Perturbações do Afeto (9,7%), as Perturbações do Sono (9,1%), as Perturbações do Comportamento Alimentar (3,4%), as Perturbações de Adaptação (2,3%), as Perturbações de Privação/Maus-tratos (1,7%) e as Perturbações de Stress Pós-Traumático (0,6%).

Relativamente aos diagnósticos ao nível do Eixo II: 127 crianças (71%) apresentavam dificuldades na relação cuidador/criança e 49 crianças (29%) apresentam uma relação adaptada com o seu cuidador.

Das crianças com dificuldades na relação com o seu cuidador (*n*=127), 83% apresentava tendência a perturbação e 17% apresentava uma relação perturbada. Relativamente à RPCL, a relação do tipo subenvolvida foi a mais frequente, estando presente em 49% das crianças com diagnóstico do Eixo II (*n*=62). Seguem-se as relações do tipo ansiosa/tensa, presente em 24% dos casos (*n*=30),

as do tipo misto, em 12% (*n*=16), as sobrenvolvidas, em 9% (*n*=11), e as relações do tipo hostil, presentes em 6% dos casos (*n*=8).

Cerca de um terço das mães das crianças observadas em consulta apresentavam algum tipo de psicopatologia. O diagnóstico psiquiátrico mais prevalente foi a perturbação depressiva (59%), seguindo-se a perturbação ansiosa (23%). Outros diagnósticos psicopatológicos estavam presentes em 18% das mães.

Relativamente aos pais, apenas 12% apresentavam um diagnóstico psicopatológico. Contudo, em muitos casos foi mais difícil apurar a existência de psicopatologia paterna, uma vez que foram maioritariamente as mães a acompanhar a criança à consulta.

Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a presença de uma perturbação da relação cuidador/criança e o género, a existência de diagnóstico de Eixo I, a existência de uma doença médica, a tipologia da família ou a posição da criança na fratria (Tabela 1).

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a existência de psicopatologia materna e o diagnóstico de Eixo II (*p*=0,018*pearson chi square).

Não se encontrou associação entre a existência de diagnóstico psicopatológico no pai com a presença de diagnóstico de Eixo II. Contudo, é de realçar que existe um número elevado de casos em que se desconhece o RPCL pai/criança e o diagnóstico psiquiátrico do pai.

Tabela 1

Correlação entre as variáveis em estudo e o diagnóstico de Eixo II

Variáveis em estudo	Eixo II
Eixo I	NS
Doença orgânica	NS
Tipologia de família	NS
Posição na fratria	NS
Psicopatologia materna	*p*=0,018*
Psicopatologia paterna	NS

Legenda: NS – Não significativo.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se uma associação entre a existência de psicopatologia materna e a presença de uma perturbação ao nível do Eixo II. Este dado vai ao encontro do que está descrito na literatura, onde é referido que a existência de um diagnóstico psicopatológico na mãe pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de uma perturbação da relação[1-2,4].

As consequências das perturbações da interação pais-criança sobre o desenvolvimento mental do bebé e a psicopatologia posterior ainda não estão bem estabelecidas. Contudo, alguns autores sugerem que "*as perturbações da interação têm uma influência patogénica por intermédio de processos de internalização pela criança*"[5]. Outros autores salientam a importância da qualidade das primeiras interações sociais para o desenvolvimento cognitivo e social da criança[6-7]. Assim, a ausência de interações precoces sensíveis e de modulação externa dos afetos entre pais e crianças poderá condicionar a capacidade da criança de autorregulação dos afetos[8].

O diagnóstico psicopatológico materno mais frequente neste estudo foi a perturbação depressiva. De um modo geral, a depressão materna é considerada uma "*situação de alto risco para o desenvolvimento psicológico da criança*"[5]. Alguns estudos sugerem que existe um risco três vezes maior para o desenvolvimento de perturbações do desenvolvimento em crianças de mães deprimidas[9]. Mães deprimidas são menos empáticas e responsivas[10], com aumento da expressividade de emoções negativas, como hostilidade e intrusividade, e diminuição da expressividade de emoções positivas, como carinho, sensitividade e responsividade[11]. Uma meta-análise recente concluiu que existe uma associação entre vinculação insegura e depressão materna, referindo que a percentagem de vinculações inseguras estabelecidas entre a mãe e o bebé era cerca de 20% superior na população de mães deprimidas quando comparado com a população geral[12].

Sabe-se que a indicação terapêutica mais frequente quando existem dificuldades de relação é a psicoterapia cuidador/criança, havendo uma associação entre o início da psicoterapia numa idade da criança inferior a 24 meses com uma melhor evolução das relações[13]. Neste sentido, a identificação precoce de uma relação não adaptada é fundamental para uma intervenção atempada, a qual favorece a evolução e o prognóstico.

Para além da importância da psicoterapia mãe/bebé perante uma relação não adaptada, este estudo alerta também para a importância de um diagnóstico e intervenção precoce da psicopatologia materna de forma a prevenir a instalação destes quadros. Estas conclusões vão ao encontro das obtidas por outros estudos[14-15]. Estes dados reforçam a importância de uma proximidade e articulação entre os serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria. A este respeito, a inclusão de psiquiatras nas equipas multidisciplinares que integram os serviços de pedopsiquiatria poderia facilitar a adesão dos cuidadores a uma intervenção psiquiátrica. Uma outra alternativa possível seria a existência de equipas de psiquiatria com uma relação próxima à pedopsiquiatria, com o estabelecimento de um sistema de referenciação mais direto e eficaz entre os dois serviços e com a organização de reuniões regulares de articulação para discussão de casos. Esta última proposta

facilitaria a comunicação entre ambos, permitindo uma referenciação direta de forma bidirecional.

Em estudos futuros consideramos que seria útil o estudo de outras variáveis nomeadamente a rede de suporte familiar, a existência de figuras alternativas de vinculação ou a frequência de uma creche, os quais podem constituir eventuais fatores protetores. De facto, embora tivéssemos considerado algumas destas variáveis numa colheita inicial de dados, a inexistência de um grupo controlo não nos permitiu tirar conclusões em relação ao eventual papel protetor destes fatores. Assim, consideramos que um estudo em que a amostra incluísse dois grupos: um com mães deprimidas, mas sem perturbação da relação mãe/bebé e um outro com mães deprimidas com perturbação da relação mãe/bebé seria útil para uma melhor compreensão dos fatores protetores.

Estudos longitudinais das perturbações da relação pais/criança são também fundamentais para uma melhor compreensão da evolução destes quadros.

REFERÊNCIAS

[1] Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*, *14*(3), 387-421.

[2] Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

[3] Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition* (DC:0-3R). Washington, DC: Zero to Three Press.

[4] Caldeira da Silva, P. (2014). Primeira infância. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (1ª ed., pp. 59-79). Lisboa: Lidel.

[5] Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.

[6] Bates, J. E., Maslin, C. A., & Frankel, K. A. (1985). Attachment security, mother-child interaction and temperament as predictors of behavior problem ratings at three years. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development, special issue: Growing points of attachment theory and research, 50*(1-2, Serial No. 209), 167-193).

[7] Bates, J. E., & Bayles, K. (1988). The role of attachment in the development of behavior problems. In J. Belsky & T. Nezworsky (Eds.), *Clinical Implications of attachment* (pp. 253-295). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

[8] Ammaniti, M., & Ferrari, P. (2013). Vitality affects in Daniel Stern's thinking – A psychological and neurobiological perspective. *Infant Mental Health Journal, 34*(5), 367-375.

[9] Weissmann, M. N., & Gammon, D. (1987). Children of depressed patients: Increased psychopathology and early onset of major depressions. *Archives of General Psychiatry, 44*, 847-853.

[10] Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*, 26-35.

[11] Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *JOGNN, 35*, 652-658.

[12] Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 40*, 817-834.

[13] Gonçalves, M. J., & Caldeira da Silva, P. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica, 21*, 13-21.

[14] Bernard-Bonnin, A.-C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health, 9*(8), 575-583.

[15] Herba, C. M., Glover, V., Ramchandani, P. G., & Rondon, M. B. (2016). Maternal depression and mental health in early childhood: An examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry, 3*(10), 983-992.

ABSTRACT

Although several authors have highlighted the influence of the caregiver-infant relationship on the child's psychoaffective development, studies related to relationship disorders, their development over time, and about which factors contribute to the later development of others psychopathological diagnoses, are still limited. The aim of this study was to characterize a clinical sample of children, between 0-4 years old, which were diagnosed with parent-infant relationship disorder (Axis II – DC 0-3R). After that we intend to carry out a longitudinal study to assess the outcome of this disorders.

There was an association between the existence of maternal psychopathology and the presence of a disturbance in the caregiver-child relationship. This study warns about the importance of a diagnosis and early intervention of the maternal psychopathology in order to prevent the development of relathionship disorders. In addition, it reinforces the importance of proximity and articulation between psychiatric and child and adolescent psychiatry services.

Key words: Relationship disorder, Psychopathology, Early childhood, Parent-infant.

A INVEJA E O CIÚME NO COMPLEXO FRATERNO

Pedro Rafael Figueiredo [1]
Paula Zaragoza [2]
Isabel Carvalho [3]
Pedro Pires [4]

RESUMO

A inveja e o ciúme estão transversalmente presentes na vida de todos os seres humanos, sendo considerados sentimentos essenciais para o desenvolvimento e funcionamento psíquico. Apesar de universalmente presentes no nosso quotidiano, considera-se que em determinadas circunstâncias estes sentimentos podem representar uma fonte de enorme conflito e instabilidade emocional, causadora de disfuncionalidade.

Complementando a revisão teórica destes conceitos com uma vinheta clínica, este trabalho visa, assim, reflectir acerca da importância destes conceitos para o desenvolvimento psico-afectivo das crianças e dos adolescentes, particularmente evidentes na relação fraterna. Evidenciam-se ainda as dinâmicas individuais e familiares responsáveis por esta temática, assim como a importância das estratégias de intervenção clínica.

Os sentimentos de inveja e de ciúme surgem na infância precoce do indivíduo e revelam-se como possíveis factores de instabilidade na construção da identidade humana.

Palavras-chave: Inveja, Ciúme, Desenvolvimento, Infância.

[1] Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE, Portugal.

[2] Psicóloga Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE, Portugal.

[3] Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE, Portugal.

[4] Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Coordenador da Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE, Portugal.

INTRODUÇÃO

Os afectos e as emoções são a base da condição humana e da sua relação com o mundo. Expressam-se através dos nossos desejos, sonhos, fantasias, expectativas, nas palavras e nos gestos, no que fazemos e no que pensamos; é o que nos faz viver. A alegria, o riso, a paixão e o amor, mas também a angústia, o choro, a raiva e o luto, fazem parte de uma mesma matéria fulgente que nos constitui e nos transforma a cada momento.

No quotidiano e na clínica somos frequentemente confrontados com os sentimentos de inveja e de ciúme. Para algumas pessoas, estas circunstâncias psíquicas podem transformar-se em sofrimento, ficando o próprio dominado por sentimentos de rejeição e auto-desvalorização[1-2].

A partir de dois casos clínicos em acompanhamento na Unidade pretendemos explorar a ligação gemelar à luz da inveja e do ciúme assim como dos vários elementos participantes na construção da identidade pessoal. Para além da semiologia, a narrativa clínica que apresentamos pretende também ilustrar as particularidades únicas do tratamento destas situações. O trabalho de individuação organiza-se na cena terapêutica com uma intervenção individual e familiar, re-situando a gemelaridade através de um suporte em espelho que envolveu três terapeutas.

CONCEITO DE INVEJA E CIÚME

A inveja e o ciúme está transversalmente presente no quotidiano do ser humano, assim como na literatura, no cinema, na pintura, nos mitos e nas lendas. Surgem, por isso, amplamente representados seja nas relações primárias infantis como nas relações amorosas adultas, deixando marcas da sua presença ao longo de diversas épocas da nossa história, em diferentes civilizações ou organizações sociais[1]. Vêm-nos por certo à memória inúmeros episódios em que a inveja e o ciúme foram a pedra-de-toque de determinados acontecimentos, desde as pequenas traições e angústias pessoais, até às lutas pelo poder, homicídios e guerras mundiais. Na tentativa de dissipar o efeito destes sentimentos, muitos povos primitivos criaram diferentes rituais. Por exemplo, certos índios da Guatemala matam uma galinha após o nascimento de um filho, batendo-a contra o corpo do filho precedente, para que, assim, seja absorvida a inimizade futura entre irmãos.

De um ponto de vista puramente etimológico, os conceitos "inveja" e "ciúme" derivam de uma origem latina distinta, respectivamente: *invidia* (*in* – sobre; *videre* – ver), i.e., "fixar os olhos sobre algo" e *zelumen* (*zelus* – zelo, paixão, emulação)[3].

O dicionário Larousse define a "inveja" como um "sentimento de cobiça, de irritação rancorosa para com a felicidade ou vantagens de outro". Pode também tratar-se da simples inveja de possuir o que o outro possui, de "ser o que o outro é", surgindo por isso na relação dual[4-5]. Segundo Didier Houzel, o ciúme, ao contrário da inveja, só é possível na relação triangular entre a pessoa que sente ciúmes (sujeito activo), a pessoa de quem se sente ciúmes (sujeito passivo) e a pessoa ou pessoas que são o motivo deste sentimento[4]. O dicionário Larousse acrescenta que ciúme é um "sentimento penoso causado pelo temor de que o ser amado dedique o seu afecto a outro; receio de perder algo". Assim, a pessoa que tem ciúmes "ama" aquela que o leva a ter ciúmes, enquanto que a pessoa que inveja "odeia" aquela que é alvo da sua inveja.

O invejoso distancia-se totalmente das características individuais do seu alvo. Não deseja apenas possuir o que o outro possui, deseja sobretudo destruí-lo: "Um Deus aparece diante de um invejoso e diz-lhe que poderá dar-lhe tudo o que ele quiser: bens materiais, qualidades pessoais e toda a sorte e felicidade, impondo apenas uma condição: o seu vizinho, a quem muito invejava, teria o dobro dos seus desejos. O invejoso pede, então, que o Deus lhe arranque um olho!" Nesta história torna-se evidente o carácter destrutivo da inveja: o invejoso destrói o invejado, mas é incapaz de evitar a sua própria destruição, gerando um ciclo vicioso. Por sua vez, o ciúme é muitas vezes vivenciado como um sentimento necessário a quem ama; nas palavras de Santo Agostinho: "qui non zelat, non amat", i.e., "quem não sente ciúmes, não ama". Para Marshall Edelson, o ciúme é um motor no plano pulsional, parte integrante da estrutura e dinâmica do sujeito, sendo destruidor apenas quando se tenta negá-lo.

A INVEJA E O CIÚME NO MUNDO DOS IRMÃOS

A rivalidade fraterna

A rivalidade fraterna é foco de diversos mitos fundadores da nossa história e numerosos trabalhos artísticos, remontando à antiguidade as suas primeiras referências. Na bíblia, ela foi representada através de "Caim e Abel", "Jacob e Esaú", "José e seus irmãos", entre outros[4].

Através do "mundo dos irmãos", as crianças aprendem não só a negociar e cooperar, mas também a rivalizar e competir uns com os outros. Esta realidade facilita a formação e integração de uma nova rede de relações interpessoais, capaz de desenvolver a noção de partilha e divisão do mesmo espaço físico, mesmas posses materiais ou mesmo afecto dos progenitores[4]. Se o nascimento do

primeiro filho do casal dá origem ao conceito de família e conflito inter-geracional, é o surgimento do segundo que abre caminho à noção de fratria e conflito intra-geracional associado. Emerge assim, na vida da criança, um estranho, que Luís Kancyper, define como "um semelhante demasiado similar"[6]. O irmão é encarado como um ser distinto, "um outro" diferente, mas complementar, potenciador da construção do "Eu" e da noção de alteridade social.

Sigmund Freud descreve pela primeira vez o termo "complexo fraterno" num artigo de 1923, ao relatar a trajectória de vida de um dos seus colaboradores, Sándor Ferenczi[7]. A rivalidade fraterna é então definida como uma transferência dos afectos edipianos para os irmãos[4,7]. Esta análise fica evidente na seguinte passagem do autor: "Quando outras crianças aparecem no seio familiar, o complexo de Édipo transforma-se em complexo fraterno. A partir de um sentimento egoístico de prejuízo face ao novo elemento familiar, dá-se origem a que os novos irmãos e irmãs sejam recebidos com aversão, fazendo com que, sem hesitações, sejam, em desejos, eliminados"[8]. Freud observa como o aparecimento de um rival fraterno constitui uma ameaça à supremacia do primogénito, suscitando neste sentimentos de inveja, hostilidade e ódio. Sobre a morte de seu irmão Julius, Freud escreve numa carta ao amigo Wilhelm Fliess: "(...) saudei o nascimento de meu irmão (que era um ano mais novo do que eu e morreu depois de alguns meses) com desejos hostis e verdadeiro ciúme infantil; a sua morte deixou em mim a semente das autocensuras"[8].

Por outro lado, Melanie Klein considera a origem da inveja como pré-edipiana, reportando-a às relações duais e de dependência do objecto, que se estabelecem entre a mãe e a criança[9]. Inicialmente, a mãe é encarada como um ser clivado para o bebé: ela é simultaneamente capaz de o gratificar, funcionando como "bom objecto"; assim como é capaz de o frustrar, funcionando como "mau objecto" (Melanie Klein intitula esta posição de "esquizo-paranóide"). O sentimento de inveja surge, na opinião da autora, associado às experiências de clivagem (entre a satisfação e a frustração) sendo que as respostas inadequadas e insuficientes exacerbam a inveja e levam a criança ao desejo de destruir totalmente a fonte do seu desprazer. Se as condições do seu desenvolvimento forem suficientemente boas, a criança sentirá que a ideia de bom objecto é mais forte que a de mau objecto, sendo cada vez mais capaz de uma identificação ao seu "objecto ideal". Quando estes processos de integração se tornam mais estáveis, surge uma nova fase do desenvolvimento que a autora designa de "posição depressiva". Nesta fase, a reparação surge através de um sentimento de segurança e dependência face à figura materna, levando a criança a integrar a possibilidade de "objecto único", com os seus elementos bons e maus, deixando de se relacionar apenas com "objectos parciais". Para Melanie Klein, a ambivalência do objecto leva a uma angústia depressiva no bebé que, pela repetição

de experiências positivas (reaparecimento da mãe após a sua ausência; poder ser gratificado depois de ter sido frustrado), repara estes sentimentos negativos, iniciando actividades criadoras e de acesso ao simbólico.

Contributos posteriores propuseram uma abordagem distinta, afastando o complexo fraternal do complexo de Édipo freudiano. Para John Bowlby, é pelo valor psicobiológico de sobrevivência atribuído à mãe, fonte de alimento, protecção e afecto, que esta se torna a principal "figura de posse" do filho, distanciando-se, assim, de qualquer pressuposto libidinal e/ou erótico[10-11]. Assim, o complexo fraterno torna-se mais abrangente, incluindo não só a rivalidade entre irmãos, mas também a disputa entre outros elementos da mesma espécie por todo e qualquer bem.

Segundo a autora Díaz-Aguado, a intensidade e manifestação destes sentimentos face ao nascimento de um irmão parece variar em função de diferentes factores: a idade da criança aquando do nascimento do irmão; a mudança originada pela nova situação familiar; a relação anterior com os pais; quantidade de atenção que cada um dos pais dedica ao bebé e o protagonismo que os pais dão ao mais velho a cuidar do mais novo[12].

Salientamos, contudo, que o nascimento de um irmão não gera exclusivamente este tipo de sentimentos. A relação fraterna é simultaneamente símbolo de harmonia, cumplicidade, solidariedade e união entre irmãos[13]. Neste sentido, o vínculo fraterno pode contribuir para a atmosfera de intimidade e manutenção da unidade familiar, fortalecendo os seus vínculos afectivos. A possibilidade de transmissão de conhecimento, aliada à expressão moderada de frustrações entre irmãos, permite o desenvolvimento de vínculos essenciais ao estabelecimento de relações suficientemente boas na vida adulta.

A relação gemelar

Na obra de Freud a concepção da ligação fraterna apoia-se numa configuração edipiana colocando em jogo o triângulo da rivalidade estruturado à volta da organização sujeito/pais/irmão, enquanto que na situação gemelar existe uma unidade gémeos/pai/mãe. Com efeito nas relações precoces dos gémeos o lugar do próprio já está tomado pelo outro e o sentimento de abandono e impotência é descrito como uma parte essencial da vivência gemelar. A angústia de separação parece determinada pela presença deste "duplo" que impede o próprio de ser único[2].

Na gemelaridade, o sentimento de identidade pode ser objecto de dúvida ou perplexidade, sendo possível a despersonalização, a difusão ou confusão de identidades[2,14]. Para alguns gémeos, o sentimento de não ter lugar junto dos pais quando o outro não está pode ser sentida como uma experiência de não existência: "quando ele não está, eu não existo"[14]. O irmão é um "duplo" directo, invertido, simétrico ou

assimétrico quer na realidade quer na fantasia. Através de mecanismos de projeção, o irmão pode ser o sujeito designado para dar expressão a algumas dimensões inaceitáveis do próprio: por vezes o outro pode representar, exteriorizar e localizar aquilo que o próprio não quer ver em si[14]. Os riscos da construção da identidade em pares de gémeos prendem-se com uma possível indiferenciação do "Eu" em relação ao gémeo, acentuando a dificuldade do processo de individuação e separação[2,14].

Existe uma ideia geral de que num par de gémeos há necessariamente um dominante e um dominado, mas na verdade o dominado tem muitas vezes estratégias ocultas muitíssimo mais complexas. Aquele que domina preocupa-se muito mais com o outro e depende mais deste, criando-se no "mestre" uma necessidade de ser reconhecido como tal pelo outro, ao contrário do dominado que se exclui desta ambição. Deste modo, o dominado acaba por ter uma posição de força que leva o "mestre" a uma raiva narcísica que pode resultar em disfuncionalidade[14-15].

A relação gemelar fraterna constrói-se na proximidade de uma relação simétrica e próxima, confrontando directamente o sujeito com a alteridade do outro. A definição dos lugares que cada um ocupa é bastante importante, sendo que quando um está, o outro fica necessariamente excluído ou anulado. Isso obriga-os a definir territórios, domínios, campos de afirmação do "Eu", lugares e projectos diferentes de forma a evitar o conflito e possibilitar a construção de uma identidade própria na relação com o outro[14,16]. Por fim, será importante considerar que os pais têm o papel de organizar o lugar de cada um dos gémeos, cabendo-lhes ainda a possibilidade de definir estratégias e atitudes que facilitem a construção da individualidade dos filhos.

VINHETA CLÍNICA

Introdução

Esta vinheta clínica é meramente ilustrativa e corresponde a elementos de dois casos clínicos com características semelhantes de forma a salvaguardar a protecção de dados dos pacientes e familiares envolvidos.

O caso de duas gémeas

A Paula (nome fictício) foi referenciada à consulta de Pedopsiquiatria na sequência de uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa voluntária. Na altura foram referidas queixas depressivas (anedonia, cansaço fácil, alterações do sono, sentimentos de auto-desvalorização, dificuldades na socialização) e ideação suicida mantida.

À data do início do acompanhamento clínico da Paula, a irmã gémea Luísa (nome fictício) não apresentava qualquer queixa ou preocupação por parte dos pais.

Antecedentes pessoais e familiares

Os antecedentes pessoais são relatados no plural, sendo referidas dificuldades no sono e "muitos medos". As duas irmãs sempre dormiram juntas.

A Luísa é descrita pelos pais como "a rebelde" e a Paula como a filha "passiva" e "ingénua", que não é capaz de dizer "não".

São negados antecedentes psiquiátricos familiares.

Observação da Paula

A Paula é uma jovem investida e bonita, vestida de uma forma sóbria e sofisticada. Revelava bons recursos cognitivos e uma presença muito frágil e apelativa. Observava-se um humor deprimido e um sofrimento intenso que provocava no técnico uma inequívoca urgência de cuidar e proteger. A postura era, de início, extremamente reservada com escasso contacto ocular e sem discurso espontâneo, respondendo apenas a perguntas simples. Não se apuravam alterações sensório-perceptivas ou do pensamento. Negava ideação suicida, pensamentos de morte ou a existência de comportamentos auto-lesivos.

Intervenção terapêutica

A intervenção terapêutica, que teve a duração de dois anos e meio, consistiu em abordagens psicoterapêuticas individuais às duas gémeas e consultas de intervenção familiar. Inicialmente, foi proposta uma abordagem psicoterapêutica apenas para a Paula devido à situação de maior vulnerabilidade que apresentava. Cerca de seis meses depois, foi considerado pertinente o início da terapia família/sistémica com a presença dos pais e da Luísa, uma vez que se tornou evidente para os técnicos que a Paula se tratava do paciente identificado de uma família nuclear com graves problemas relacionais.

A abordagem familiar integrou um segundo terapeuta com formação em terapia sistémica e familiar. Nas primeiras sessões familiares, os terapeutas questionaram o valor do sintoma e a sua repercussão na dinâmica familiar, sendo evidente que o sofrimento da Paula permitia a manutenção de um equilíbrio na família dado que os restantes membros se encontravam unidos na sua preocupação e desejo de cuidar. A Paula apresentava-se sempre num silêncio tenso e constrangido e dado que era o paciente identificado (devido aos sintomas que apresentava), a Luísa assumia o papel da "irmã saudável", equilibrada psiquicamente, bastante aliada às figuras parentais na delação e no interesse em prestar cuidados à "irmã doente". No

entanto, a postura da Luísa era de oposição em relação aos benefícios no acompanhamento médico, não realizando qualquer comentário em relação ao sofrimento da sua irmã Paula.

Após os primeiros meses de intervenção, tornou-se evidente uma melhoria ao nível dos sintomas de ansiedade, autonomia e auto-confiança da Paula. Contudo, e à medida que esta progredia no processo terapêutico, Luísa manifestava agravamento da sintomatologia clínica, nomeadamente ao nível do sono e da ansiedade, com sintomas cada vez mais frequentes e intensos. Por este motivo, a própria e os pais manifestaram vontade que esta iniciasse um acompanhamento psicoterapêutico individual, dando-se nesta altura a introdução de um terceiro terapeuta para esse efeito. Nas consultas familiares, passariam então a estar presentes os três terapeutas, os pais e as duas gémeas, sendo que a mediação durante as sessões era preferencialmente realizada pelo técnico com formação em terapia sistémica e familiar, uma vez que se encontrava isento do contrato de confidencialidade inerente ao acompanhamento clínico individual.

Ao longo das sessões familiares, foi possível verificar que o pai dispunha de mais tempo disponível para estar com as filhas, dedicando-se à gestão diária das suas necessidades e oferecendo-se como uma figura muito protectora e próxima destas, bloqueando, por vezes, os processos de autonomia e de privacidade das filhas gémeas. O desenvolvimento pubertário era frequentemente abordado nas sessões como fonte de experiências dolorosas e traumáticas sendo que a família era frequentemente apresentada como a única fonte segura, entravando frequentemente o processo de individuação/separação da adolescência. A rigidez do quadro familiar levava as duas gémeas a desenvolverem uma existência clandestina onde se inscreveram as suas primeiras experiências sexuais.

O trabalho terapêutico, possibilitou o processo de triangulação dentro da própria família através da aceitação das projecções dos pais nos terapeutas, ao nível do desespero e dos sentimentos de impotência, sendo assim possível transformá-los e restituí-los de forma aceitável, ajudando-os a pensar sobre as filhas com maior segurança. Os movimentos de inveja presentes nas relações familiares foram transferidos para o *setting* terapêutico, permitindo aceder ao conflito e a uma maior aproximação entre os dois membros do casal nas suas abordagens parentais, redefinindo-se novos papéis e limites inter-geracionais.

Ilustraremos de seguida algumas problemáticas evidenciadas ao longo do trabalho psicoterapêutico:

A semiologia da inveja e do ciúme

À luz dos conceitos teóricos acima referidos as duas gémeas remetem para a existência de estruturas psíquicas diferentes. Luísa parece não ter elaborado e

superado a inveja do "objecto primário", ficando frequentemente dominada pela inveja num contexto de relação dual, incapaz de aceder à posição depressiva. Por outro lado, Paula posiciona-se mais na constatação da "falta", sentindo que o que lhe é devido lhe foi retirado pelo rival. Os ciúmes que vai narrando ao longo das sessões psicoterapêuticas inscrevem-se sempre numa relação de triangulação.

A Paula referia que gostava de ser como a irmã em relação ao aspecto físico, rendimento escolar e capacidade de socialização enquanto que a Luísa mostrava sentimentos destrutivos em relação às características e oportunidades que considerava que a Paula apresentava.

A construção da identidade em espelho e o controlo (real ou fantasiado) de uma irmã sobre a outra

Paula e Luísa reforçam a sua ligação fraterna de exclusividade, pela partilha de segredos "desde sempre". Quando Paula investe um outro espaço que pode simbolizar uma abertura e diferenciação psíquica, Luísa tenta imobilizá-la de forma a manter a unidade narcísica gemelar.

Foi-se tornando evidente que a Paula partilhava todos os seus segredos com a Luísa, tornando-se refém da irmã que os utilizava para benefício próprio.

A dificuldade no trabalho de individuação e separação

Luísa é aparentemente a mais funcional e estruturada das duas irmãs. No entanto, os sentimentos de inveja acima referidos remetem para uma falha mais primária que se traduz quase sempre em sofrimento psíquico. De certa forma Luísa identifica o seu "Eu" à criança excluída e rejeitada pela família, minando a confiança em si própria e criando um fundo permanente de tensão que se manifesta em problemas de ansiedade e do sono. É referido que Luísa não consegue dormir sozinha necessitando do contacto corporal para adormecer.

A construção de uma identidade diferenciada

À medida que Paula vai melhorando, a submissão inicial a Luísa vai adquirindo contornos de maior alternância. A função psicológica da idealização que Luísa faz de Paula cria sentimentos de inveja que a levam a desejar a reserva de bondade que ela imagina que a irmã tem. Por outro lado, Paula começa a ter consciência que tem o poder de não ceder às exigências de Luísa, recorrendo a ataques hostis que contribuíram para a transformação da relação entre ambas.

Após dois anos e meio de evolução, ambas as jovens tiveram alta da consulta por melhoria clínica, tendo-se desenvolvido o processo de individuação-separa-

ção próprio da sua faixa etária, com percursos académicos diferenciados e uma funcionalidade desejável.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A partir da perspectiva psicodinâmica, reconhecemos que os conceitos abordados neste artigo são transversais ao desenvolvimento psico-afectivo de todos os indivíduos.

Neste contexto, a inveja e o ciúme representam aspectos essenciais das nossas relações com os outros. A nossa mente é muitas vezes contaminada pelo julgamento, pela auto-crítica e pela insegurança que nos leva a invejar algo idealizado e, de certa forma, inatingível. Estes sentimentos poderão, assim, contribuir para a construção de um ideal do "Eu" positivo (mediando a força de carácter e de empenho pessoal e profissional), como também promover a regressão patológica para um estado mais arcaico do ponto de vista psíquico (alimentando sentimentos de insuficiência e de ódio pelo outro).

À luz da vinheta clínica apresentada, procurámos clarificar estes conceitos teóricos na relação gemelar de duas irmãs gémeas, exemplificativa também das relações fraternas no geral. A pertinência desta escolha incidiu na fase de desenvolvimento psico-afectivo em que cada uma delas se encontrava, associada a uma importante disfuncionalidade familiar. O processo terapêutico envolveu três técnicos que se posicionaram numa relação triangular, entre eles, com a família e entre as duas irmãs, o que possibilitou uma melhoria do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

1 Ramachandran, V. S., & Jalal, B. (2017). The evolutionary psychology of envy and jealousy. *Front Psychol, 19*(8), 1619.

2 Hart, S. L., & Legerstee, M. (2010). *Handbook of Jeaulosy.* United Kingdom: Wiley-Blackwell.

3 Porto Editora. (2000). *Dicionário de Latim-Português/Português-Latim.* Porto: Porto Editora.

4 Houzel, D., Moggio, F., & Emmanuelli, M. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.

5 Farinha, S., Pires, P., & Brito, I. (2000). A inveja no quotidiano, na clínica. *Hosp Júlio de Matos, 2*, 215-220.

6 Goi, S. (2014). O complexo fraterno: Reflexões acerca do ciúme e da inveja entre irmãos. *Rev Bras Psicoter, 16*(2), 49-61.

[7]Freud, S. (1961). *The standard edition on the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. XIX (1923-1925): The ego and the id and other works*. London: The Hogarth Press.

[8] Freud S. (2008). *Cartas a Wilhelm Fliess.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

[9] Klein, M. (1957). *Inveja e gratidão*. Brasil: Imago Editora Lda.

[10] Golse, B. (1998). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Porto Alegre: ArtMed.

[11] Júnior, S. (2003). Complexo fraternal: A fonte do ciúme e da inveja. *Psicologia: Teoria e Prática, 5*(2), 55-66.

[12] Díaz-Aguado, M. J. (2003). *Educação intercultural e aprendizagem cooperativa*. Porto: Porto Editora.

[13] Fernandes, O. (2002). *Semelhanças e diferenças entre irmãos*. Lisboa: Climepsi Editores.

[14] Houssier, F. (2005). L'enfant jumeau et son devenir. Indifférenciation et subjectivation dans le lien sororal. *Topique, 93*(4), 91-103.

[15] Brusset, B. (2008) Le lien fraternel et la psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse, 72*(2), 347-382.

[16] Stein, M. (2001). La rivalité dans la fratrie et le problème de la haine. *Cahiers Jungiens de Psychanalyse, 101*, 48-62.

ABSTRACT

The concept of envy and jealousy is universally present in the life of all human beings, being considered as essential feelings for mind development and functioning. However, it is considered that under certain circumstances these feelings can represent a source of enormous conflict and dysfunctional emotional instability.

Based on the conceptualization of these terms and on a clinical case, this paper aims to reflect on the importance of these concepts for the child and adolescent development, particularly evident in fraternal relationships. We highlight the individual and family dynamics responsible for this issue, as well as the importance of clinical intervention.

The feelings of envy and jealousy arise in the early childhood and represent possible factors of instability during the development of human identity.

Key words: Envy, Jealousy, Development, Childhood.

JOVEM REFUGIADO, EM CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA

Catarina Garcia Ribeiro [1]
Sofia Vaz Pinto [1]
João Beirão [2]

RESUMO

A migração forçada, principalmente em precárias condições socioeconómicas, pode causar um impacto significativo na saúde mental de crianças, jovens e adultos. Segundo os dados da European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) *existem atualmente cerca de 65,6 milhões de pessoas deslocadas forçosamente à escala mundial. Cerca de 25% são menores de 18 anos e sabe-se que os refugiados e migrantes irregulares correm maior risco de psicopatologia.*

A partir de um caso clínico de um menino de 9 anos natural de um país da África Oriental, que foi referenciado pela escola à consulta de Pedopsiquiatria, este trabalho propõe uma reflexão de cariz psicodinâmico sobre a abordagem de crianças e de jovens refugiados na clínica. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a saúde mental de crianças e jovens refugiados, a partir de autores com uma abordagem essencialmente psicodinâmica e das normas de orientação da ESCAP.

Segundo a bibliografia, esta população pode desenvolver psicopatologia distinta de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontra, sendo que na idade da latência o impacto negativo que a experiência migratória pode ter surge sobretudo em contexto escolar. Neste período a criança investe as aprendizagens, em detrimento dos investimentos libidinais infantis, situação que poderá estar em risco em crianças refugiadas pelas dificuldades acrescidas que encontram no seu percurso de vida. Na vinheta clínica descrita, quer a intervenção clínica numa perspetiva psicodinâmica que permitiu a compreensão da problemática interna, quer a articulação com a escola segundo os princípios da ESCAP, mostraram-se benéficas.

Palavras-chave: Refugiados, Migração e Saúde Mental, Pedopsiquiatria.

[1] Médica Interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Especialidade de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia.

[2] Assistente Hospitalar, Coordenador de Equipa Hospitalar, Especialidade de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia.

INTRODUÇÃO

A afluência crescente do número de indivíduos migrantes que consultam os serviços de saúde mental, coloca a questão se as perturbações de saúde mental que surgem nesta população poderão estar diretamente relacionadas com o fenómeno migratório. Segundo Grinberg[1] não se pode, de facto, subestimar a incidência de uma problemática psicológica particular que afeta a pessoa que "migra" e o seu meio ambiente (o antigo e o novo) e que está relacionado tanto com as motivações da migração como com as suas consequências.

Quanto ao fenómeno migratório em massa que se tem verificado na Europa, a ESCAP (*European Society for Child and Adolescent Psychiatry*) tem-se mostrado profundamente envolvida na tentativa de integrar o elevado número de refugiados em diversos domínios (social, escolar, cultural), na abordagem e na compreensão do impacto em termos de psicopatologia desta população em específico.

Segundo Hebebrand[2], refugiados e migrantes não-legais apresentam um risco elevado para o desenvolvimento de certas perturbações mentais. Ainda, segundo o mesmo autor[2], as crianças refugiadas vivenciam traumas de ordem psico-afectiva intensos: *antes*, *durante* e *depois* do processo de migração (vítimas de abuso físico ou sexual, perda de entes queridos, privação de condições básicas de saneamento, carência afetiva pela separação das suas famílias de origem). Estas e outras atrocidades têm efeitos duradouros que devem ser motivo de preocupação para os responsáveis dos países de acolhimento onde se irão estabelecer estas crianças e respetivas famílias.

DECLARAÇÃO DE POSIÇÃO DA ESCAP

(European Society for Child and Adolescent Psychiatry)

Segundo Anagnostopoulos[3] a exposição de jovens a adversidades (como massacres, guerras, entre outros) aumenta o risco de desenvolverem perturbações psiquiátricas como perturbação pós-stress traumático, perturbação de ansiedade, perturbação do humor e problemas comportamentais. No que diz respeito à Europa, segundo Anagnostopoulos[4], 25% dos refugiados são menores de 18 anos, e embora as razões para a partida sejam diferentes, essas crianças têm em comum uma sensação de fuga de um *mal* no país de origem e de busca de proteção em países distantes das suas raízes, tanto geograficamente como culturalmente. Segundo o mesmo autor, Anagnostopoulos[4], verifica-se o aumento do risco de perturbações da personalidade, depressão crónica, perturbações do

comportamento, abuso de substâncias, baixo rendimento escolar, menor grau de escolaridade, desemprego, marginalização entre indivíduos que experimentaram trauma em idade precoce.

Em Hebebrand[2], é referida a *Declaração de Posição* publicada pela ESCAP, "*ESCAP Call for Action"*, quanto à saúde mental de crianças e adolescentes refugiados, procurando a reunião de conhecimentos sobre necessidades, fatores de risco e de proteção para a saúde mental dos refugiados, levando em consideração as diferentes necessidades e recursos disponíveis dos vários países da união europeia. Por fim, é reforçada a importância do conhecimento e da experiência dos profissionais de saúde mental (nesta população em específico) para a melhor orientação possível, reduzindo o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

O FENÓMENO MIGRATÓRIO E O MODELO PSICODINÂMICO

> *"... o encontro do emigrante com uma outra sociedade é o reencontro ou desencontro consigo próprio, com consequências complexas a nível da estruturação da identidade, vinculada a partir de então a duas culturas"*
>
> Carlos Amaral Dias em[1]

Na perspetiva de Grinberg[1], o sentimento de continuidade e identidade resulta de um processo de interação contínua entre três vínculos de integração (espacial, temporal e social), sendo que no fenómeno migratório estes podem ser perturbados em maior ou menor grau. O vínculo espacial permite ao sujeito manter uma certa coesão interna a partir das diferentes partes do *Self* entre si. O sujeito que migra pode experimentar inicialmente estados de desorganização com reativação de angústias primitivas (ser "devorado" pela nova cultura), vivência que simultaneamente se articula com o desejo de integração (confundir-se com os outros) para evitar sentir-se excluído, a par com o desejo de diferenciação (ser ele mesmo). Depois, a união das diversas representações do *Self* no tempo e a continuidade entre elas são asseguradas pelo vínculo de integração temporal, que permite ao indivíduo sentir-se o mesmo apesar das transformações que decorrem com o tempo. Por fim, o vínculo social surge em virtude das relações entre o *Self* e os objetos a partir dos mecanismos de identificação projetiva e introjetiva, que lhe permitem apropriar-se e integrar os referenciais culturais da nova sociedade.

Cada migração, a razão pela qual ocorreu e como se processou, permanece profundamente inscrita na história de cada indivíduo e de cada família. Os determinantes externos influenciam as características internas de abordar a migração, na sua elaboração e consequências psíquicas. O sujeito em questão, a

sua personalidade pré-existente e modo de funcionamento predominante, irão determinar a qualidade da migração.

Frequentemente ocorrem no sujeito migrante mecanismos de dissociação defensivos (como idealizar o novo meio que o recebe, desvalorizando o lugar que deixou) para se proteger das angústias depressivas secundárias às perdas (pessoas e lugares do seu país de origem) inevitáveis no processo migratório.

Migração e a experiência traumática

Segundo o modelo psicodinâmico, a migração não deverá ser entendida como uma experiência traumática isolada, com manifestações restritas ao momento crítico da separação do lugar de origem ou no momento da chegada ao novo local que será habitado pelo sujeito.

Segundo o autor Grinberg[1], a qualidade específica da reação face à experiência traumática da migração é o sentimento de "desamparo". Corresponderá para Bion[5] à experiência da perda do "objeto continente", que implica em situação limite a ameaça de desintegração egóica, com perda dos limites do Eu. Se o indivíduo tiver vivenciado carência importante ou separação na infância, com sentimentos de angústia e desamparo, será mais intensamente sentido este risco de desintegração ante um processo migratório na idade adulta.

Winnicott[6] defendia que a *continuidade da experiência* seria assegurada pela *"herança cultural"* (extensão do *"espaço potencial"* entre o indivíduo e o seu ambiente). Assim, o *"espaço potencial"* necessita do desenvolvimento de um espaço entre o Eu (grupo de pertença) e o não-Eu (grupo de receção). O sujeito que migra necessita deste *"espaço potencial"* que lhe sirva de lugar e de tempo de *transição* entre o país-objeto materno e o novo mundo exterior.

Se a herança cultural por si só não for capaz de assegurar a continuidade da experiência, surge um período de crise, sentindo o indivíduo uma rutura na prévia harmonia de ligações entre as partes. Tal como na criança em que falha a existência deste "espaço potencial", ocorrendo a rutura na continuidade entre o meio e o *Self* com consequências na construção psíquica, nomeadamente a incapacidade de simbolização e o desenvolvimento de defesas mais primitivas, um sujeito que sofre a ausência prolongada de objetos confiáveis no ambiente em que está inserido, tenderá a sofrer de uma diminuição da capacidade criativa.

A migração poderá, pois, constituir-se como um acontecimento traumático. Se o *Self* for gravemente afetado neste processo, poderá desenvolver consequentemente variadas formas de patologia física ou psíquica. Contrariamente, a elaboração eficaz do período de crise poderá contribuir para o crescimento do indivíduo, enriquecido pela experiência, alimentando o seu potencial criativo.

Fatores que influenciam a experiência do processo migratório

Um dos riscos, que poderá ter de enfrentar aquele que migra, é a solidão que sofre em diferentes graus. Como teorizado por Winnicott, a capacidade de estar só é um aspeto importantíssimo no desenvolvimento emocional. Na experiência migratória, o indivíduo que adquiriu a capacidade de estar só ao longo do seu desenvolvimento (através de bons objetos internos instalados psiquicamente no seu interior) encontra-se em melhor circunstância para vivenciar a perda dos objetos familiares e a exclusão inevitável que caracterizam os primeiros tempos da sua instalação.

Segundo Grinberg[7], a possibilidade de desenvolver um sentimento de "pertença" parece constituir um requisito indispensável para se integrar bem num país novo, bem como para manter o sentimento da própria *identidade*. Simultaneamente, na sua luta pela auto-preservação, o sujeito agarra-se a elementos seguros do seu meio de origem, como recordações, músicas da sua terra, objetos que lhe são queridos, permitindo-se a si mesmo uma certa experiência de continuidade.

A reação da comunidade que habita o espaço a que o imigrante irá chegar, tem obviamente de ser tida também em conta. Os nativos terão a difícil tarefa de incluir (incorporar) a presença do novo elemento ("estranho"), podendo sentir ameaçada a sua identidade cultural. O modelo sugerido por Bion[5] da relação "conteúdo-continente" ilustra as diferentes trocas que se produzem na interação entre o migrante e o grupo que o recebe.

O processo migratório passa por sucessivas fases: inicialmente sentimentos de dor e desamparo causados pela perda (podendo ser vivenciados como o equivalente a uma castração psíquica); posteriormente surge a saudade do que foi perdido, simultaneamente o sujeito torna-se mais acessível à incorporação progressiva dos elementos da nova cultura; por fim, a recuperação do pensar e do desejo, com a elaboração de projetos de futuro, vivendo o presente com maior plenitude. Nesta fase, poder-se-ia considerar que se realizou a elaboração do luto pelo país de origem na medida do possível, atendendo a que é um processo dinâmico e permanente. Segundo Grinberg[1], esta elaboração facilita a integração da cultura nativa na nova cultura sem a necessidade de renuncia a nenhuma das duas e promove um enriquecimento do Eu com a consolidação um "sentimento de identidade remodelado".

A criança migrante

A experiência migratória será integrada de maneira diferente dependendo da fase de vida e da idade do sujeito. A questão aumenta em complexidade quando se contempla o período da infância, pelas características e estágios do desenvolvimento psicoafectivo, com o processo identitário ainda em construção.

A criança migrante depara-se com dificuldades importantes pela sua fragilidade e dependência psíquica dos pais (e ambiente/cultura de origem), no decurso da sua escolarização com mudanças de adaptação no processo de socialização. Acrescentam-se modificações profundas nas condições de vida, com rutura de laços com entes familiares, nomeadamente a geração dos avós, e outros entes queridos, como os amigos, colegas, vizinhos e professores. Além das modificações implícitas do desenvolvimento e crescimento infantil, a criança migrante sofre concomitantemente mudanças linguísticas, culturais, climáticas (muitas vezes em situações socioeconómicas pouco favoráveis).

Porém, de certa maneira, a criança tem algumas vantagens para viver a migração como uma experiência menos traumática do que o adulto, como apontado por Grinberg[1]: dado que o seu meio se reduz a poucas pessoas, se estas – pai, mãe, irmãos – migrarem com a criança, a mudança faz-se acompanhada de uma capa protetora que a contém (...), por outro lado, tem mais permeabilidade para se deixar impregnar por impressões novas e está mais aberta à aprendizagem e, portanto, é mais capaz de assimilar uma nova linguagem e novos costumes.

Apesar de tudo, incluindo as inúmeras dificuldades inerentes à migração, se a interiorização e relação com os objetos internos e externos for suficientemente boa, a criança tenderá a uma boa integração. Outro aspeto que poderá contribuir para este fenómeno diz respeito à capacidade de *resiliência.* Cyrulnik[8] debruçou-se sobre este conceito amplo entendendo-o como um processo intersubjetivo que será organizado como possível resposta após um evento traumático (ou sucessão de traumas), que tem como característica essencial que o sujeito retome, após o evento, certo tipo de desenvolvimento. Para a criança na idade da latência, deve ser tomado em consideração a escola como possível motor de resiliência. Segundo o mesmo autor[8], para que tal aconteça é necessário que a família e a cultura local legitimem o valor dessa instituição.

Importa perceber como é vivido o fenómeno de migração por cada membro da família, sobretudo pelos pais. Pode ocorrer um fenómeno de isolamento familiar, com rejeição dos dados culturais do país de acolhimento e recusa em aprender a nova língua, podendo ser um sinal de depressão por incapacidade de elaborar a perda do estatuto no país de origem. Este conflito cultural (escola vivenciada segundo os princípios culturais do novo país, vida doméstica segundo outros) pode gerar confusões identitárias na criança que cresce. Noutro extremo, pode-se verificar uma sobrevalorização familiar da nova cultura e aparente esquecimento dos vínculos e tradições prévios.

Segundo Marcelli[9], estudos de patologia na criança migrante mostram que o risco de psicopatologia dependerá da idade em que ocorre a migração: até à idade escolar, surgem perturbações sobretudo relacionais (ligadas a fatores socioeconó-

micos), na segunda infância surgem sobretudo dificuldades escolares e na adolescência o impacto do biculturalismo na formação da identidade.

Coloca-se a questão se a migração mascara ou por si só desencadeia um processo de psicopatologia (infantil e/ou familiar). No primeiro caso, as alterações do comportamento (ou outras) consideram-se secundárias ao processo de migração e inerentes às dificuldades do biculturalismo (como se o regresso ao país de origem pudesse resolver a perturbação, isto é, seria por si só terapêutico). No segundo caso, considera-se a dimensão psicopatológica. Se se optar por um seguimento clínico de Pedopsiquiatria, ainda mais na orientação para uma psicoterapia, colocam-se questões importantes como a barreira da língua do médico/terapeuta e das diferenças culturais que podem servir como um reforço do desentendimento e sentimentos de não-pertença da criança migrante.

Questões culturais na clínica

Moro[10] reforça o reconhecimento da dimensão cultural de qualquer interação, incluindo a relação terapêutica. A cultura possibilita que o sujeito faça a sua leitura do mundo e que atribua significado aos diferentes acontecimentos da esfera social e relacional, num sistema de codificação transmitidos entre gerações. Segundo Sindzingre[11], na clínica, procura-se identificar elementos eficazes dentro de cada sistema cultural para compreender e tratar o sofrimento psíquico de situações transculturais. O que se traduz por o técnico procurar juntamente com o paciente um sentido para o sofrimento psíquico deste último, a partir de pontes e de encontros possíveis (transculturalidade) tendo em conta o discurso e as imagens culturais do indivíduo.

A técnica transcultural exige, assim, segundo Moro[10], adaptações por parte da equipa técnica que permitem criar pontos de contacto, desde realizar consultas em lugares não convencionais, dependendo da disponibilidade e da personalidade do clínico, modificar tempos de consulta e intervalos entre consultas, estabelecer contacto/procurar conhecer referências culturais do país/região de origem, constituir grupos com coterapeutas. Importa, na medida e atitude terapêutica, refletir a sua pertinência e eficácia.

VINHETA CLÍNICA

Emídio, um rapaz de 9 anos, veio acompanhado pela mãe à consulta de Pedopsiquiatria por problemas de comportamento, a pedido da escola. Vivia com a mãe e os dois irmãos (irmão de 12 anos; irmã de 6 anos) e eram naturais de um

país da África Oriental. A entrevista inicial com a mãe foi realizada por intermédio de tradutora.

No país de origem, a família encontrava-se bem estabelecida com um estatuto de algum grau de diferenciação. Há quatro anos fugiram (a mãe e os três filhos) para um país vizinho africano, tendo o pai ficado no país de origem. Desde então, não sabiam como estava o pai, estavam impedidos de comunicar com este, segundo a mãe, por regras de segurança interna. A mãe referia que os filhos perguntavam pelo pai, tinham saudades e rezavam por ele com frequência. No país de origem, ficaram também outros familiares, referindo que sentiam especialmente a falta da avó materna (que era muito próxima de Emídio).

Após terem vivido quatro anos nesse outro país vizinho (onde a mãe trabalhou como *babysitter* e os meninos frequentaram uma escola local), haviam feito pedido de asilo e sido transferidos recentemente para Portugal, recebendo estatuto de refugiados.

A mãe referia muitas diferenças em Portugal quanto à educação comparando com a sua cultura de origem, onde a partir dos 11/13 anos de idade, as crianças tinham muito mais responsabilidade, passando a ser vistas como adultos. A mãe considerava que Emídio e seus irmãos estavam bem integrados na escola em Portugal, falavam com saudades da cultura natal e ficavam muito contentes quando a mãe fazia comida típica do país de origem.

A mãe reforçava a vontade de ver o filho crescer e de se tornar independente, este dizia à mãe que queria ser pediatra ou jogador de futebol. A mãe referia que o Emídio estava em processo de integrar a cultura portuguesa sobretudo em contexto escolar, que observava o comportamento dos outros meninos e tentava fazer como eles. Referia também não estar preocupada com as alterações de comportamento do filho, que seria normal e que sempre fora muito mexido. Que até havia notado uma melhoria da irrequietude desde que se estabeleceram em Portugal. Quando recebia as queixas da escola, conversava com o filho sobre a situação, e que este lhe pedia desculpa e respondia que não voltaria a acontecer. Referia que Emídio gostava de ler, ver televisão, desenhar e estudar.

A mãe esperava encontrar ajuda na consulta de Pedopsiquiatria para saber como lidar com o filho e gerir as queixas da escola, dizia que "no meu país nada disto seria considerado um problema, o Emídio seria como qualquer outra criança", *sic*. Pedia ainda ajuda a perceber o que era esperado do comportamento do filho em Portugal, quais as regras e normas, para o poder ajudar melhor a adaptar-se ao país de acolhimento e nova cultura.

Da história pregressa, a gravidez e o parto decorreram sem complicações, nasceu de termo por parto eutócico. Amamentou em bebé (sem especificar até que idade), sendo descritas dificuldades alimentares desde uma idade muito precoce,

segundo a mãe, comia em pequenas quantidades. Caminhou aos doze meses, a fala só depois dos vinte e quatro meses. Dormia em cama própria, partilhava o quarto com o irmão (algumas vezes despertava a meio da noite e ia dormir para a cama do irmão).

Da entrevista individual, o Emídio separou-se bem da mãe na sala de espera, aceitou entrar para o gabinete, enquanto a mãe aguardou neste segundo tempo de consulta, lá fora. O menino sentou-se inicialmente na cadeira com um sorriso tímido. Tinha uma idade aparente coincidente com idade real, mímica expressiva, feições harmoniosas. Falou um inglês fluente durante a consulta.

Quando questionado sobre o comportamento na escola, não desenvolveu muito, referindo apenas que por vezes os colegas não o entendiam e isso deixava-o frustrado e irritado. Referia que o que gostava mais de fazer era jogar futebol, dizia que tinha quinze amigos no país anterior e quinze amigos em Portugal. Quando questionado sobre as memórias que tinha desses países onde viveu, respondeu numa primeira abordagem "*I don't remember*" ou "*I don't know*", sic. Nos primeiros quinze minutos da primeira consulta permaneceu sentado na cadeira, até que se levantou e começou a brincar com bonecos na prateleira. Passado pouco tempo largou estes brinquedos e começou a fazer um puzzle, que não completou; depois levantou-se e começou a manipular objetos e canetas em cima da secretaria, tentou abrir as janelas, carregou nos botões da impressora e do telefone, mexeu no comando do aquecimento... pediu depois para sair e ir à casa de banho. Quando regressou, mostrou-se impaciente e referiu que tinha jogo de futebol às 16h00 (eram 14h30 no momento da consulta). Observou-se uma grande irrequietude motora, dificuldade de contenção psíquica e de organização do discurso. Mostrou-se neste primeiro encontro visivelmente desinteressado da conversa, pedindo para sair, acabando por ir para a sala de espera.

As consultas realizaram-se com uma periodicidade quinzenal inicialmente, mensal posteriormente. Na quinta consulta subsequente, a mãe referia que o Emídio havia feito progressos, com melhoria do comportamento em casa e na escola. Segundo a mãe, a opinião de vários professores da escola era de que o menino seria inteligente, uma vez que aprendeu rapidamente a falar Português, contudo mantinha ainda muita dificuldade na escrita. Ao fim de um ano e meio de seguimento em consulta, a mãe referiu novamente queixas da escola, sendo que no concelho de turma surgiram opiniões contraditórias quanto ao benefício das tentativas de integrar a criança nas atividades da escola, ou a hipótese de mudança de escola pelo impacto negativo que o Emídio provocava na turma (comportamentos pouco adequados, instabilidade, conflitos entre o menino e os pares).

Neste sentido, surgiu a proposta de articulação com a escola e foi agendada uma reunião conjunta entre o Pedopsiquiatra assistente, a interna de Pedopsiquiatria que acompanhava o caso assistindo às consultas, a professora responsável e a psicóloga educacional. A professora pretendia manter os esforços necessários no sentido da integração, sentia que na correção dos textos e composições redigidos pelo Emídio parecia que se "corria sobre pedras", sic. De um ponto de vista pedopsiquiátrico foi devolvida uma perspetiva compreensiva abrangendo a história pregressa da criança, conforme informações recebidas em consulta de que a família teria feito uma longa travessia a pé no seu trajeto até Portugal, e que parte das dificuldades do Emídio manifestas no momento se prendiam com a ambivalência entre o pertencer e o não querer pertencer, o que deixava para trás e o que era tido como novo, que teria de passar "a ser", "a fazer parte". De facto, o Emídio interiorizou ao longo do percurso aquilo a que deixou de pertencer. Foi curiosa a resposta da professora responsável (que havia estabelecido com o menino uma relação de proximidade), comentando que o Emídio no primeiro dia que a conheceu perguntou-lhe "Eu pertenço-lhe?". Descreviam alguns comportamentos do menino que não tinham sido apurados nas consultas, nomeadamente a dificuldade do Emídio de almoçar no refeitório com as outras crianças. Perceberam que este tinha o hábito de trepar e ficar durante bastante tempo dos intervalos numa árvore da escola, escondia comida numa reentrância de um tronco superior da árvore e ali ficava sentado a retirar pedaços de pão e de outros alimentos.

No mesmo mês em que ocorreu esta reunião, o pai do Emídio foi localizado e transferido para Portugal através de uma organização de ação humanitária, após cinco anos de ausência e separação da sua família. Desde então, o pai passou a acompanhar o menino à consulta. Este reencontro foi vivido pela família com emoções intensas, que o Emídio pôde ir elaborando com a ajuda do terapeuta. Desde que havia chegado, o pai verbalizava que Emídio queria estar sempre perto dele, pedindo à noite, depois de rezarem, que o pai ficasse ao seu lado até adormecer. O pai não estava preocupado com as alterações de comportamento do menino na escola, referia que era assim também em criança, acreditava que com o crescimento Emídio iria melhorar, tal como aconteceu consigo. Referia, no entanto, sorrindo, que considerava benéficas as vindas de Emídio à consulta de Pedopsiquiatria. Ambos os pais se empenharam em aprender a língua portuguesa, realizando um curso intensivo de Português.

Nas consultas Emídio foi-se mostrando cada vez mais recetivo, *ligando-se* mais ao médico assistente. Sobretudo nos dois meses subsequentes à chegada do pai, mostrou uma mudança substancial na sua postura na consulta, vindo para esta de forma mais investida. Referiu em consulta que a culpa dos seus problemas seria ora do seu irmão mais velho (referindo que este o provocava), ora da sua

irmã mais nova (teria de a ajudar em casa e que isso o aborrecia). Referia "eles os dois irritam-me, na escola irritam-me, em casa também", *sic*. Mostrava dificuldade em pensar as suas ações-reações e atitudes no contexto escolar ou familiar. No seu discurso tornou-se latente uma preocupação relacionada com o vir *a ser*, estando em jogo a questão narcísica, especialmente em relação aos irmãos, mostrando-se convicto de vingança quando estes o aborreciam ou contrariavam.

No evoluir da consulta, criou-se um "espaço potencial" entre criança-médico assistente, com o estabelecimento de cada vez mais pontes transculturais (partilha de gostos como a gastronomia, as histórias, a música e os jogos, mas também a partilha de desejos e de angústias da realidade interna, como vivências familiares e relação entre pares). A polarização vivenciada pela criança, o contraste entre dois mundos, o "antigo" e o "novo", foi-se integrando no sentido de maior continuidade. Emídio foi-se permitindo elaborar sobre *pertencer* aos mais velhos, *pertencer* aos mais novos, *pertencer* à sua cultura nativa, *pertencer* à nova cultura...

Numa consulta de seguimento, dois anos após a primeira consulta, teria Emídio já 11 anos, ocorreu um momento marcante de cumplicidade entre criança-médico assistente, gerador de um sentimento de pertença mútua e de comunhão, pelo entendimento da mesma ideia. Este ponto de encontro entre dois, poderá ser um dos motores da relação, por criar pontes, permitindo que a criança sinta que não está sozinha, que é compreendida, mesmo na diferença cultural e com narrativas de vida tão distintas. Emídio manteve-se sentado na cadeira durante todo o tempo da entrevista à medida que ia riscando uma folha com vários lápis de cor. Observou-se uma transformação na criança, com menor tendência para o agir, apesar do conflito premente que sente de que não é capaz de se ligar. Na Figura 1 vê-se a representação deste mesmo desenho, que metaforicamente nos transporta para a ideia de uma agitação psíquica, de vivência interna da criança, mas que agora já contida nos limites da folha de papel, enquanto anteriormente, extravasava e a criança corria, mexia, saía da sala... não se permitia sentir e pensar.

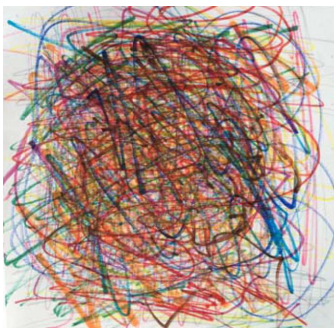

Figura 1. Desenho na consulta

Em consultas subsequentes, trouxe também temas da sua infância, conversando pela primeira vez sobre memórias que tinha de outro país. Mostrou uma pequenina fotografia de como era em bebé (memória/recordação que ainda permite um sentimento de pertença ao seu país natal, e de permitir ao terapeuta um acesso à sua história). Conta que perdeu um amigo da primária, que foi difícil, com fantasias sempre ao redor do núcleo da proximidade e distância do ligar e desligar-se.

A mudança ocorreu em diferentes níveis, com um ponto de viragem no começo da ideia de se permitir ligar, ao novo país, à escola, aos novos colegas, ao Pedopsiquiatra... A irrequietude diminuiu na consulta, mostrou-se cada vez mais contido, com contacto visual sintónico, menos fugidio, representado simbolicamente pela folha de papel toda riscada (com a sua maior capacidade de conter a inquietação, ficando esta limitada a uma folha de papel).

CONCLUSÕES

O elevado fluxo migratório que se tem verificado, especialmente de refugiados, que acarreta repercussões no equilíbrio das famílias migrantes com potenciais dificuldades de inserção social e cultural no país de acolhimento, exige uma maior atenção dos profissionais de saúde mental da infância e da adolescência, para as problemáticas que poderão surgir neste grupo de risco. A criança é alvo preferencial do estudo deste complexo processo pela sua dependência física e psicológica dos pais (também eles em mudança), socialização em curso através da escolarização e formação de identidade.

Segundo a ESCAP (*European Society for Child and Adolescent Psychiatry)*, é necessário que os serviços de saúde mental infantil na Europa se esforcem no sentido de uma melhor compreensão e atitude terapêutica face às crianças refugiadas que necessitam de cuidados de Pedopsiquiatria, que estabeleçam vias de atenção conjunta e integrem intervenções focadas no trauma com as abordagens familiar e comunitária. A Associação Europeia reforça a importância da abordagem da família como um todo, da criança na sua individualidade e da articulação com estruturas como a escola e o meio que a rodeia.

Como revisto no presente artigo, para crianças migrantes da idade escolar, o insucesso académico tem múltiplas causas interdependentes, desde as dificuldades do bilinguismo, nível socioeconómico familiar, isolamento/segregação que reforçam as dificuldades e insucesso na aprendizagem e integração em meio escolar. Segundo Grinberg[1], no período da idade da latência a criança afasta-se normalmente dos seus objetos primários, substituindo o desejo de assumir o papel

de pai ou de mãe, pelo desejo de aprender, execução, obter êxitos recorrendo às suas competências e meios disponíveis. Caso a criança se sinta inferior, não confiando nas suas capacidades e potencialidades, corre o risco de regredir e da não progressão na resolução do seu conflito edípico, vendo-se pouco capaz (mutilada). Na experiência migratória com características de exílio este risco aumenta potencialmente, a criança depara-se no novo meio com fatores adversos como o sentimento de *ser diferente* ou de *não pertencer*, podendo mesmo considerar que as competências que tem e os conhecimentos que adquiriu não servem na nova escola[1]. Segundo esta perspetiva compreende-se porque os efeitos da migração na idade da latência surgem sobretudo em contexto escolar, a par das repercussões no ambiente familiar.

Na vinheta clínica descrita, as intervenções que englobaram entrevistas individuais com a criança, entrevistas familiares (com recurso a intérprete) e articulação com estruturas comunitárias (numa perspetiva dinâmica em simultâneo de acordo com os princípios da ESCAP) mostraram-se de facto bastante benéficas. Particularmente, o encontro com a escola, foi frutífero nos dois sentidos: para o serviço de saúde mental o contributo da perceção da escola no sentido da compreensão do funcionamento da criança no meio académico; para a instituição escola, através da integração e devolução da visão clínica do funcionamento da criança, permitiu maior clarividência na leitura e integração dos comportamentos da criança face às suas dificuldades.

REFERÊNCIAS

1 Grinberg, L., & Grinberg, R. (2004). *Migração e exílio – Estudo psicanalítico*. Edição Portuguesa. Lisboa: Climepsi Editores. [Original: Grinberg, L.; & Grinberg, R. (1996). *Migración y exílio – Estudio psicoanalítico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.]

2 Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Pejovic-Milovancevic, M., & Klasen, H. (2016). A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: What mental health professionals need to know. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 25,* 1-6.

3 Anagnostopoulos, D., Hebebrand, J., Eliez, S., Doyle, M., Klasen, H., Crommen, S., . . . Raynaud, J. (2016). European society for child and adolescent psychiatry: Position statement on mental health of child and adolescent refugees. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 25,* 673-676.

4 Anagnostopoulos, D., Milovancevic, M., Klasen, H. (2017). ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: Facing the challenge together, reducing risk and promoting healthy development. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 27,* 253-257.

5 Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Londres: Tavistock Publications.

6 Winnicott, D. (1971). *Playing and reality.* Londres: Tavistock Publications.

[7] Grinberg, L. (1971). *Identidad y cambio*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.

[8] Pourtois, J. P., & Cyrulnik, B. (2007). *École et résilience*. Paris: Odile Jacob.

[9] Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Edição portuguesa. Lisboa: Climepsi Eitores. [Original: Marcelli, D. (1999). *Enfance et psychopathologie* (6ème ed.). Paris: Masson.]

[10] Baubet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle.* Paris: Masson.

[11] Sindzingre, N. (1989). La notion de transfert de représentations: L'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Antropologia Medica*, 5-6.

ABSTRACT

Forced migration, especially in precarious socioeconomic conditions, can have a significant impact on the mental health of children, youth, and adults. According to data from the European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), there are currently around 65.6 million people worldwide forcibly displaced. About 25% are under the age of 18 and it is known that refugees and irregular migrants are at greater risk of psychopathology.

From a clinical case of a 9-year-old boy from an East African country who was referred by school to the Child and Adolescent Psychiatry Department, this study proposes a psychodynamic reflection on the clinical approach to children and young refugees. A literature review was made on the mental health of children and young refugees, from authors that have an essentially psychodynamic approach and from ESCAP guidelines.

According to the literature, this population may develop distinct psychopathology depending on the developmental stage where the child is. In the latency period the negative impact of the migratory experience arises mainly in school context. In this period the child invests learning to the detriment of child libidinal investments. This situation may be at risk in refugee children due to increased difficulties they face in their life course. In the above described clinical case, both the clinical intervention in a psychodynamic perspective that allowed the understanding of internal problematic, and the articulation with school according to the ESCAP principles were beneficial.

Key words: Refugees, Migration and Mental Health, Child and Adolescent Psychiatry.

URGÊNCIAS EM PEDOPSIQUIATRIA: O QUE MUDOU?

Ana Rita Rodrigues [1]
Isabel Taveira-Gomes [1]
Otília Queirós [2]

RESUMO

Introdução: *O número de crianças e adolescentes que recorre aos serviços de saúde mental em Portugal tem vindo a aumentar, com um maior afluxo aos serviços de urgências, o qual não se encontra, porém, devidamente caracterizado.*

Objetivos: *Este estudo pretende caracterizar a população de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, que recorreram à Unidade de Atendimento Urgente (UAU) de Pedopsiquiatria do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) durante o ano de 2016, e comparar os dados obtidos com os de outros estudos nacionais publicados.*

Métodos: *Procedeu-se à análise retrospetiva de todos os casos que recorreram à UAU de Pedopsiquiatria do CMIN, entre janeiro e dezembro de 2016, através da consulta dos registos clínicos eletrónicos.*

Resultados: *Verificou-se um total de 1136 episódios de urgência no período estudado, dos quais 81.1% correspondiam a adolescentes, sendo a maioria dos casos do sexo feminino. Os motivos de urgência mais frequentes foram as alterações de comportamento e a presença de sintomatologia ansiosa. Em termos de orientação após observação na UAU, a maioria dos doentes (78.2%) foi encaminhada para Consulta Externa de Pedopsiquiatria.*

Conclusões: *Estes resultados confirmam um aumento de episódios de urgência de Pedopsiquiatria na região Norte. Este aumento do número de episódios ocorreu, sobretudo, à custa da população adolescente e das perturbações de ansiedade. Verificou-se uma grande diminuição em relação ao número de internamentos em comparação com o estudo de 2008 no Porto e de 2013 de Lisboa. Isto leva-nos a inferir que o aumento do número de episódios de urgência não foi devido a uma maior ocorrência de situações de psicopatologia grave.*

Palavras-chave: Pedopsiquiatria, Urgência, Adolescência, Alterações do comportamento, Ansiedade.

[1] Interna de Formação Específica de Pedopsiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da infância e da adolescência, CMIN, CHUP.

[2] Assistente Hospital Graduada de Pedopsiquiatra, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da infância e da adolescência, CMIN, CHUP.

INTRODUÇÃO

A procura de apoio junto dos Serviços de Saúde Mental por parte de crianças e adolescentes tem vindo a aumentar[1]. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de doença mental entre indivíduos com idade inferior a 18 anos varia entre 12% a 29%, consoante os países. Entre 2011 e 2013 verificou-se, a nível nacional, um aumento de cerca de 23% do número de consultas de Pedopsiquiatria[2]. Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental[3]. Em contexto de urgência de Pedopsiquiatria é também sentido um aumento de afluência, porém este aumento ainda não se encontra caracterizado. Atendendo às características específicas da sociedade atual, a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem transformar-se numa prioridade[3]. O Serviço de Urgência é, muitas vezes, a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e funciona como local de tratamento em situação de crise e de referenciação para os serviços locais.

A Unidade de Atendimento Urgente (UAU) de Pedopsiquiatria do Norte, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (DPSMIA) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), funciona, desde abril de 2015, no espaço físico do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), todos os dias, entre as 8h e as 20h, e presta assistência a crianças e jovens com idade compreendida entre os zero e os dezoito anos. Atende apenas utentes referenciados por médicos, sendo a referenciação possível a partir dos Serviços de Urgência Pediátricos, dos Cuidados de Saúde Primários ou de outros médicos em contexto público ou particular. Apenas os casos em acompanhamento ativo no DPSMIA (última consulta há menos de 12 meses), são dispensados de referenciação, podendo dirigir-se diretamente à UAU. Trata-se da única urgência de Pedopsiquiatria existente no Norte do país e, como tal, assegura o atendimento urgente de casos provenientes de toda essa área geográfica. A UAU articula diretamente com os Serviços de Urgência Pediátrica de todos os hospitais da região norte. Existe uma linha telefónica direta, de acesso restrito a contactos médicos, usada não apenas em antecipação das transferências, mas também para discussão e consultadoria. As situações urgentes que ocorrem nos Serviços de Urgência de Pediatria, fora do horário de funcionamento da UAU, são transferidos na manhã seguinte.

Existe a perceção de que os adolescentes serão a população predominante a recorrer à UAU. A adolescência é um período de importantes mudanças, oportuni-

dades e desafios, tanto a nível biológico, como psicológico e social. Verifica-se também um aumento da impulsividade[4] e dos comportamentos de risco, que são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, e que podem motivar a procura acrescida de cuidados urgentes de saúde mental.

Com este estudo pretendemos: (1) caracterizar a população de crianças e jovens até aos 18 anos de idade que recorreram à UAU de Pedopsiquiatria do CMIN entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2016, no que diz respeito ao sexo e idade, bem como existência de acompanhamento prévio pela especialidade; (2) identificar os motivos de ida à UAU e diagnósticos atribuídos nesses episódios de urgência; (3) explorar a abordagem e orientação efetuadas a essas crianças e jovens; (4) comparar os dados obtidos com os de outros estudos nacionais[5-7], de forma a identificar tendências de afluência e eventuais mudanças de perfil ao longo do tempo. Pretendemos também identificar diferenças regionais comparando com um estudo efetuado na urgência de Pedopsiquiatria de Lisboa[6].

MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospetiva de todos os casos que recorreram à UAU de Pedopsiquiatria do CMIN durante um período de 12 meses (janeiro a dezembro de 2016), através da consulta dos respetivos registos clínicos eletrónicos na plataforma SClinico®. Para além da caracterização por sexo e idade, foi averiguado o motivo de recurso à urgência, a existência ou não de acompanhamento prévio em consultas de Pedopsiquiatria, o diagnóstico provisório aí atribuído e o encaminhamento proposto. Os diagnósticos foram registados segundo a Classificação CID-9 por ser a classificação pré-definida pelo programa informático utilizado no CMIN. Tendo em conta a grande variedade de diagnósticos que surgiu, procedemos ao agrupamento por categorias de diagnóstico; no entanto, de acordo com as atuais nomenclaturas, foram diferenciadas as Perturbações do Espectro do Autismo (Psicoses Infantis segundo a CID-9) das Perturbações Psicóticas, assim como foi substituído o diagnóstico de Oligofrenia por Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Os diagnósticos que se verificaram em apenas 1 caso foram agrupados em "Outros".

A análise estatística descritiva foi realizada com recurso ao Software SPSS® Statistics, versão 23.

RESULTADOS

Durante o período de tempo estudado, houve um total de 1136 episódios de urgência, correspondentes a 926 doentes. No Quadro 1 encontra-se a distribuição dos episódios de urgência por sexo e idade. A amostra é constituída por 649 casos do sexo feminino (57.1%) e 487 casos do sexo masculino (42.9%). Em termos de idade, 81.1% correspondiam a adolescentes entre os 12 e os 18 anos, sendo que foi entre os 14 e os 17 anos que se registou maior afluência (65.8% do total). Os oito doentes de 18 anos e a doente de 19 anos, que foram observados na UAU, eram jovens acompanhados no DPSMIA que recorreram à urgência enquanto aguardavam agendamento de consulta de Psiquiatria.

Quadro 1

Distribuição dos episódios de urgência por sexo e idade

	Sexo		
Idade em anos	Feminino	Masculino	Total
1	1	1	2
2	3	2	5
3	1	2	3
4	3	3	6
5	2	3	5
6	8	16	24
7	7	22	29
8	14	10	24
9	8	16	24
10	25	26	51
11	13	26	39
12	33	46	79
13	53	36	89
14	97	41	138
15	107	65	172
16	143	97	240
17	125	72	197
18	5	3	8
19	1	0	1
Total	649	487	1136

Quanto aos motivos de urgência (Quadro 2), as alterações de comportamento e os sintomas do foro ansioso constituíram, no seu conjunto, 49.6% do total dos episódios de urgência. A sintomatologia ansiosa, enquanto motivo de recurso à

UAU, foi mais frequente em raparigas, enquanto que as alterações de comportamento foram mais frequentes no sexo masculino. Foram observados 19.8% de casos por comportamentos suicidários, em que 15.1% correspondiam a episódios de ingestão medicamentosa voluntária (IMV), 1.1% a tentativas de suicídio por outros métodos e 3.6% a ideação suicida. Os comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) foram motivo de urgência de 6% dos episódios, principalmente por cortes autoinfligidos. Todos os comportamentos autolesivos (suicidários e não suicidários) foram mais frequentes em raparigas, com especial relevância nas IMV e CALNS. Estes comportamentos ocorreram sobretudo em adolescentes, sendo a sua expressão em <12 anos praticamente residual, como motivo de urgência no presente estudo.

Quadro 2

Motivos de urgência

			Idade		Total	
Motivo de urgência	Sexo feminino	Sexo masculino	<12	>12	*n*	%
Alteração de comportamento	104	195	75	224	299	26.4
Sintomatologia ansiosa	167	96	56	207	263	23.2
Comportamentos suicidários						
IMV	138	33	3	168	171	15.1
IS	24	17	1	40	41	3.6
TS	7	5	0	12	12	1.1
Sintomatologia depressiva	43	32	10	65	75	6.6
Comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS)	50	18	2	66	68	6
Sintomatologia somática	18	3	4	17	21	1.9
Perturbação do comportamento alimentar (PCA)	18	2	1	19	20	1.8
Alteração do sono	6	14	4	16	20	1.8
Sintomatologia psicótica	7	10	0	17	17	1.5
Outros	63	62	60	65	125	11
Total	645	487	216	920	1132	100

Legenda: IMV – ingestão medicamentosa voluntária; IS – ideação suicida; TS – tentativa de suicídio.

Constatou-se uma grande variedade de diagnósticos atribuídos na UAU (Quadro 3), sendo, os mais frequentes, as Reações de Ajustamento (30.8%), os Transtornos Neuróticos (15.5%) e os Distúrbios do Comportamento NCOP (13.9%).

Quadro 3

Diagnósticos provisórios atribuídos na UAU

Diagnóstico provisório	*n*	%
Reação de ajustamento	285	30.8
Transtornos neuróticos	144	15.5
Distúrbios de comportamento NCOP	127	13.9
Distúrbios das emoções especificamente da infância e da adolescência	104	11.3
Síndrome hipercinético da infância	48	5.2
Perturbações psicóticas	37	4
Síndromes e sintomas especiais NCOP	36	3.9
Psicoses específicas da infância	29	3.1
Reação aguda ao stress	25	2.7
Perturbação de desenvolvimento intelectual	24	2.6
Transtornos depressivos NCOP	23	2.5
Causa mal conhecida de morbilidade e mortalidade	17	1.8
Perturbações relacionadas com o consumo de substâncias	11	1.2
Transtornos de personalidade	7	0.8
Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais	4	0.4
Outros	3	0.3
Total	922	100

Relativamente à orientação proposta após observação na UAU (Quadro 4), 78.2% dos casos foram orientados diretamente para Consulta Externa de Pedopsiquiatria no DPSMIA ou noutros hospitais, conforme a área de residência do doente. Cento e dezoito casos (10.4%) foram orientados para Consulta de Crise da Adolescência. Trata-se de uma consulta diferenciada, destinada ao atendimento de situações observadas na UAU e consideradas em crise, que carecem da implementação de uma intervenção terapêutica a breve prazo e sem indicação formal para internamento hospitalar; estes doentes saem da UAU já com uma marcação de consulta para os próximos dias. Para as Perturbações do Comportamento Alimentar existe uma resposta semelhante (consulta urgente de PCA), para a qual foram orientados 9 doentes (0.8%).

Quadro 4

Orientação proposta após observação na UAU

	Sexo		
Orientação após observação na UAU	Feminino	Masculino	*n* Total (%)
Consulta externa	490	395	885 (78.2%)
Consulta de crise	78	40	118 (10.4%)
Internamento pedopsiquiatria	33	32	65 (5.7%)
Alta sem referenciação para consulta da especialidade	31	18	49 (4.3%)
Consulta urgente de PCA	8	1	9 (0.8%)
Outras especialidades	5	1	6 (0.6%)
Total	645	487	1132 (100%)

Foi proposto internamento em Pedopsiquiatria a 6.05% dos casos observados no serviço de urgência, tendo sido efetivamente internados 5.7% (4 doentes recusaram o internamento). Nenhum dos 49 doentes que teve alta sem referenciação para consulta da especialidade tinha acompanhamento prévio por Pedopsiquiatria e, da avaliação realizada, não se reconheceu necessário o seu encaminhamento para uma consulta especializada. Estes casos tiveram alta para o seu Médico de Família. Quatro casos (todos do sexo feminino) tiveram alta por abandono (abandonaram a UAU antes da avaliação), estando apenas contabilizados no Quadro 1 (distribuição dos episódios de urgência por sexo e idade).

Seis doentes foram encaminhados para observação por outras especialidades (4 para Pediatria e 2 para Neuropediatria), tendo 3 acabado por ficar internados em Pediatria e 1 em Neuropediatria. Todos estes doentes vieram referenciados por outros hospitais para observação por Pedopsiquiatria, tendo sido pedida colaboração das outras especialidades na UAU.

No Quadro 5 encontram-se descritos os motivos de internamento. A maioria dos casos internados (61.6%) ocorreu por alterações do comportamento e por comportamentos suicidários. Os internamentos por alterações de comportamento ocorreram por suspeita de perturbação psicótica ou descompensação de outros quadros psicopatológicos (Perturbação do Espetro do Autismo, Perturbação Obsessivo-Compulsiva) e também para esclarecimento de diagnóstico. Os internamentos por comportamentos suicidários ocorreram por ideação suicida (12.3% dos internamentos), IMV (10.8%) e tentativas de suicídio por outros métodos (7.7%). Foram internados 9 doentes por sintomatologia psicótica (13.8%) e 5 doentes por sintomatologia depressiva (7.7%). Os restantes internamentos (16.9%) ocorreram por sintomatologia ansiosa (6.2%), perturbações do comportamento alimentar (4.6%), CALNS (3.1%), alterações do sono e sintomatologia somática (1.5% cada um).

Quadro 5

Motivos de internamento

		Sexo	
Motivo	Total (%)	Feminino	Masculino
Alterações de comportamento	20 (30.8%)	6	14
Comportamentos suicidários	20 (30.8%)	11	9
Sintomatologia psicótica	9 (13.8%)	3	6
Sintomatologia depressiva	5 (7.7%)	4	1
Outros	11 (16.9%)	10	1
Total	65 (100%)	34	31

É ainda de referir que mais de metade dos doentes que recorreram ao serviço de urgência tinham acompanhamento prévio em consulta externa de Pedopsiquiatria (33.2% no DPSMIA e 21% em consulta externa do hospital de residência ou em contexto privado).

DISCUSSÃO

Ao compararmos os resultados deste estudo com os de outros efetuados nesta mesma Unidade em 1997 e 2008, constata-se um aumento do *número total de episódios* de urgência de 74.5% e de 16.5% respetivamente (651 casos no estudo de 1997, 975 no de 2008 e 1136 no estudo atual). De referir que, no estudo de 1997, o atendimento urgente restringia-se aos dias úteis, mas, por outro lado, era permitido o acesso direto por parte dos utentes à urgência de Pedopsiquiatria, situação que, tanto em 2008, como atualmente, não se verifica.

Este aumento poderá ser explicado por insuficiente resposta no ambulatório, no entanto não explica todos os resultados uma vez que existem mais Pedopsiquiatras no SNS Norte em 2016 do que em 2008. Outras hipóteses que poderão ter contribuído para este aumento são: maior sensibilização das famílias e de outros médicos para problemas psiquiátricos, maior intolerância a determinados sintomas e procura da UAU na expectativa de uma solução rápida. Também as mudanças sociais verificadas com a entrada em vigor da Lei da escolaridade obrigatória até aos 18 anos (Lei nº 85/2009, de 27 de agosto) poderão ter contribuído para este aumento, já que a permanência na escola até essa idade acarreta maior monotorização, nomeadamente por parte da comunidade escolar e, secundariamente, pelas autoridades de menores (CPCJ, EMAT), permitindo a identificação de problemas por parte de outros agentes para além da família e dos serviços de saúde, mas também constituindo um desafio para jovens com problemas de adaptação escolar e/ou insucesso académico. Talvez, não por acaso, o aumento do número de episódios de urgência tenha sido essencialmente à custa de adolescentes mais velhos, conforme adiante descriminado.

Comparativamente ao estudo realizado em Lisboa, em 2013[6], constatou-se que, nesse ano, registaram-se 1641 episódios de urgência pedopsiquiátrica no Hospital Dona Estefânia. Apesar dos estudos terem sido realizados com 3 anos de diferença esperaríamos uma maior discrepância uma vez que é um serviço que funciona 24h por dia, 365 dias por ano e é uma urgência aberta à Comunidade, em que a área de referenciação inclui a região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Região Autónoma dos Açores.

Comparando os 3 estudos realizados no DPSMIA, no que concerne à *distribuição etária*, constata-se que, em 1997, 57.4% dos casos correspondiam a doentes entre os 11 e os 18 anos de idade, enquanto que em 2008, 76% correspondiam a adolescentes entre os 12 e os 18 anos, e no estudo atual a percentagem de adolescentes nesta faixa etária foi de 81.2%. No estudo efetuado em Lisboa também se verificou um predomínio da população adolescente (73% tinham mais de 12 anos). Estes números levam a concluir que o aumento do número de casos observados na UAU correspondeu sobretudo à população adolescente. Os oito doentes de 18 anos e a doente de 19 anos que foram observados na UAU eram acompanhados no DPSMIA e recorreram à urgência enquanto aguardavam marcação de consulta de Psiquiatria. Esta situação, apesar de residual, reforça a importância de uma articulação eficaz, atempada e bem-sucedida com os Serviços de Psiquiatria. No que diz respeito à *distribuição por sexo*, em todos os estudos referidos[5-7], a maioria dos casos registados pertenciam ao sexo feminino – no estudo de 1997 51.1% dos casos que recorreram ao serviço de urgência eram do sexo feminino; em 2008 70% dos casos eram do sexo feminino; em Lisboa a percentagem foi de 55.6% e no estudo atual 57.1% dos indivíduos que recorreram à UAU eram raparigas.

Em relação aos *motivos de urgência*, como já evidenciado nos resultados, houve um predomínio das *alterações do comportamento*. Como se verifica noutros estudos[8], estas queixas foram maioritariamente observadas no sexo masculino (65%). Também no estudo realizado em Lisboa, em 2013[6], as alterações de comportamento foram o principal motivo de urgência, contribuindo para 32.3% do total de episódios. Comparando com o estudo de 2008 no Porto[5], verificou-se uma diminuição dos episódios de urgência por problemas de comportamento (32.6% no estudo de 2008 e 26.4% no estudo atual). As alterações do comportamento são uma das formas através das quais as crianças e jovens expressam o seu mal-estar e que, pelo significado atribuído pelos cuidadores, pela gravidade das manifestações ou pelo esgotar de estratégias de contenção do sistema (família, escola, instituição), podem promover procura de cuidados de saúde em contexto de urgência. De referir, no entanto, que o termo "alterações de comportamento" é utilizado para descrever uma grande variedade de manifestações que vão desde comportamentos de oposição, antissociais, de agressividade e até de mudanças face ao padrão de funcionamento prévio da criança e adolescente. Como tal são um sintoma inespecífico, comum a diversos quadros psicopatológicos, o que vai de encontro ao descrito na literatura[4]. Assim sendo, as alterações de comportamento requerem, após observação em urgência, intervenções e orientações bastante distintas.

Comparando com estudos prévios verificou-se um grande aumento de episódios por *sintomatologia ansiosa:* em 2008[5] 14.5% das crianças e jovens recorreram à urgência por ansiedade e, em 2016, esse valor é de 23.2%. A maioria destes casos eram do sexo feminino, com sintomatologia somática e recusa escolar. É possível que este aumento traduza também uma maior sensibilização por parte de outros médicos para a necessidade de uma intervenção rápida em casos de recusa escolar. No entanto, a maioria dos indivíduos que recorreram à UAU por sintomatologia ansiosa não tinham acompanhamento prévio por Pedopsiquiatria (60%), o que sugere uma elevada percentagem de perturbações de ansiedade em adolescentes que não estão a ser tratadas.

Os *comportamentos suicidários* persistem como um dos principais motivos de recurso à urgência. No entanto constatou-se uma diminuição de IMV e de TS por outros métodos quando comparado com o estudo de 2008: 16.2% no estudo atual e 34.5% no estudo de 2008. Apesar de nos adolescentes a grande maioria corresponder a condutas parasuicidárias, muitas vezes é difícil determinar a intencionalidade, e estes jovens podem não ter consciência clara dos efeitos que estas ações podem acarretar. No entanto, estes comportamentos implicam sistematicamente uma intervenção pelos riscos futuros que comportam, não só em termos de morbilidade e disfunção psicossocial, como pela mortalidade possível se suicídio consumado. Em relação aos comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) verificou-se um ligeiro aumento da procura de ajuda urgente (4.47% no estudo de 2008 e 6% no estudo atual). Atendendo ao facto dos CALNS se terem tornado objeto de divulgação mediática e tratando-se de fenómenos suscetíveis de contágio e imitação, colocava-se a hipótese de um aumento mais expressivo do recurso à urgência por este motivo. Tentamos comparar os nossos dados com os obtidos no estudo efetuado em Lisboa, em 2013, onde se constatou que 17.3% dos motivos de urgência foram por comportamentos autoagressivos. Esta percentagem é inferior à do presente estudo, no qual o somatório de comportamentos autolesivos suicidários e não suicidários correspondeu a 22.2% do total. Em ambos os estudos predomina o sexo feminino e a população adolescente.

Verificou-se também uma percentagem significativa de "*outros motivos*" (11%), englobando uma diversidade de situações muitas das quais não justificavam o recurso à urgência (por exemplo, recorrerem ao serviço de urgência numa tentativa de aceder mais rapidamente a cuidados especializados ou na expectativa de uma resolução rápida do problema).

Os sintomas psicóticos continuam a ser um motivo raro de recurso à urgência (13 casos no estudo de 2008 – 1.7%, 17 casos no estudo atual – 1.5%). Este dado, aliado ao ligeiro decréscimo de comportamentos suicidários, permite-nos inferir que o aumento do número de casos que recorreram à urgência, não foi devido a um aumento de situações de maior gravidade psicopatológica.

Os *diagnósticos* atribuídos na urgência têm um caráter essencialmente operacional, sendo importantes para a determinação da orientação terapêutica a efetuar na sequência da observação em contexto de urgência, mas muitas vezes são revistos ao longo do acompanhamento posterior.

Quanto à *orientação* após observação no serviço de urgência, verificou-se uma grande diminuição em relação ao número de internamentos em comparação com o estudo de 2008 no Porto e de 2013 de Lisboa, respetivamente 5.7%, 16.5% e 10.6%. Este dado, além de corroborar a inexistência de um aumento de episódios de urgência motivados por psicopatologia grave poderá também ser explicado pela otimização dos cuidados prestados em ambulatório. Durante o ano de 2016, a maioria dos internamentos a partir da UAU foi devido a alterações de comportamento e a comportamentos suicidários (61.6% no seu total). A comparação destes dados com os dados dos outros estudos encontra-se comprometida pela ausência de dados tanto no estudo de 1997 como de 2008 onde não foram especificados os motivos de internamento. Relativamente à comparação com o estudo de Lisboa, esta encontra-se dificultada por questões metodológicas: diferentes agrupamentos de sintomas e pelo facto desse estudo mencionar doentes com indicação para internamento e o presente estudo abordar os motivos dos doentes que ficaram efetivamente internados. O facto de seis dos doentes referenciados para observação urgente por Pedopsiquiatria terem necessitado de atendimento por outras especialidades sublinha a importância de permanecermos atentos à possibilidade de uma etiologia orgânica.

Relativamente ao *acompanhamento prévio*, tal como observado no estudo de Lisboa, os indivíduos em seguimento por Pedopsiquiatria são os principais utilizadores da UAU.

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o facto de ser um estudo retrospetivo, baseado na consulta de registos clínicos, cuja informação não se encontra parametrizada, dificultou, em muito, a recolha de alguns dados. Além disto, os estudos com os quais foram feitas comparações não apresentavam exatamente a mesma metodologia, o que dificultou a elação de conclusões. Acresce ainda que a tentativa de comparação com dados de outra região geográfica (Lisboa)[6] se encontra condicionada, não só pelas diferentes metodologias, mas também porque foram casuísticas realizadas com 3 anos de desfasamento que podem enviesar a interpretação dos resultados. A utilização de diferentes metodologias também condicionou a comparação longitudinal na mesma área geográfica (estudos de 1997 e 2008)[5,7].

No entanto, apesar das limitações acima mencionadas, este é o único estudo do conhecimento das autoras, efetuado em Portugal, que tenta identificar tendências de afluência à urgência de Pedopsiquiatria, assim como o perfil de utentes, em diferentes décadas e em diferentes regiões.

As autoras não previam uma tão elevada procura de cuidados urgentes por sintomatologia ansiosa, que frequentemente se encontrava associada a recusa escolar. Este aspeto parece-lhes de especial interesse e consideram que seria importante desenvolver estudos sobre o impacto das exigências escolares no desenvolvimento emocional das crianças e jovens. A escola parece ter, de facto, um papel importante no impacto da sintomatologia e psicopatologia das crianças e adolescentes. Como tal, é importante a intervenção junto da comunidade escolar no sentido de promover a sua competência, não só na identificação de sintomas psicopatológicos, mas também na gestão de situações de crise com estes jovens. Seria interessante serem realizados estudos epidemiológicos sobre prevalência de perturbações de ansiedade na população em geral, para melhor caracterizar e interpretar os dados deste estudo.

CONCLUSÕES

Este estudo aponta para um aumento do número de casos que recorreram à urgência relativamente aos estudos realizados em décadas precedentes, sendo este aumento principalmente à custa de adolescentes mais velhos e de casos de perturbações de ansiedade. Foram encontradas diferenças consideráveis entre sexos quanto ao motivo de ida ao serviço de urgência: o sexo feminino recorreu principalmente por sintomatologia ansiosa, enquanto que o sexo masculino recorreu maioritariamente por alterações de comportamento. No seu conjunto, os dados permitem-nos inferir que o aumento da procura de cuidados urgentes não traduz necessariamente uma maior ocorrência de situações de psicopatologia grave (psicoses, tentativas de suicídio).

REFERÊNCIAS

1 Janssens, A., Hayens, S., Walraven, V., Leys, M., & Deboutte, D. (2013). Emergency Psychiatric care for children and adolescents. *Review article in Pediatric Emergency Care, 29*(9), 1041-1050.

2 Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistemas de Saúde (2011).

3 Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários.

[4] Monteiro, P. (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência*. Lisboa: Liedel, Edições Técnicas LDA.

[5] Queirós, O. (2008). Urgências psiquiátricas na adolescência. *Nascer e Crescer, 17*(3), 168-172.

[6] Prata, A., Almeida, C., Dias, P. A., Vieira, F. P., Farinha, M., Ganhoto, R., . . . da Silva, P. C. (2015). Quem recorre ao serviço de urgência de pedopsiquiatria de Lisboa. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 38*, 7-26.

[7] Silva, F. D., Queirós, O., Guerra e Paz, M. A., & Machado Silva, M. (1997). Urgências de psiquiatria da infância e adolescência num hospital pediátrico. *Nascer e Crescer, 6*(4), 275-279.

[8] Sabtillanes, G., & Gerson, R. S. (2017). Special considerations in the pediatric psychiatric population. *Psychiatr Clin North Am, 40*(3), 463-473.

ABSTRACT

Introduction: *The number of children and adolescents who resort to mental health services in Portugal has been increasing, with a greater influx in emergency services, which is not yet adequately characterized.*

Objectives: *This study aims to characterize the population of children and adolescents up to the age of 18, who resorted to the Urgent Care Unit of Child and Adolescent Pshychiatry of the Maternal and Child Center of the North during the year 2016, and compare the data obtained with two other national studies.*

Methods: *We reviewed, retrospectively, all the cases that went through the Urgent Care Unit of Child and Adolescent Pshychiatry of the Maternal and Child Center of the North between January and December 2016, through the consultation of electronic clinical records.*

Results: *A total of 1136 episodes were found, which 81.1% corresponded to adolescents, the majority of the cases were female. The most frequent reasons for using the Urgent Care Unit were behavior disorders and the presence of anxious symptomatology. In terms of orientation after observation in the UAU, the majority of patients (78.2%) were referred to the Outpatient Child and Adolescent Consultation.*

Conclusions: *These results confirm an increase in the influx of children and adolescents to the Urgent Care Unit. This increase in the number of episodes occurred mainly in the adolescent population and because of anxiety disorders. There was a large decrease in the number of hospitalizations compared to the 2008 study in Porto and to the 2013 study in Lisbon. This leads us to infer that the increased number of episodes of urgency was not due to a greater occurrence of situations of severe psychopathology.*

Key words: Pedopsychiatry, Urgency, Adolescence, Behavior changes, Anxiety.

COLAPSO SÚBITO E INESPERADO PÓS-NATAL: NOVAS EXIGÊNCIAS DURANTE O PERÍODO NEONATAL

Lara Pinheiro Guedes [1]
Carmen Carvalho [2]
Paula Pinto de Freitas [3]

RESUMO

Introdução: *O Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal pode definir-se como uma paragem cardiorrespiratória em recém-nascidos aparentemente saudáveis, durante os sete primeiros dias de vida. Apesar de rara, esta entidade tem vindo a alertar a comunidade científica pelo seu carácter inesperado, por parecer associar-se ao contacto pele-a-pele e especialmente por culminar com frequência em morte ou sequelas graves naqueles que sobrevivem. Para além das consequências físicas, associa-se também a repercussões psicossociais nas famílias e profissionais de saúde. Contabilizaram-se 22 casos a nível nacional desde 2010 até julho de 2018.*

Objetivos: *Com esta revisão bibliográfica, pretende-se apresentar, sinteticamente, o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal, bem como potenciais medidas preventivas a aplicar em território português, a par das que vigoram já em outros países.*

Metodologia: *Foram utilizadas as bases de dados PubMed e PsycINFO. Não existindo descritores Medical Subject Heading, foram combinados os termos "postnatal", "newborn*", "neonatal", "collapse", "sudden", "unexpected" e "sudden unexpected postnatal collapse". Os critérios de inclusão foram: colapso até ao sétimo dia de vida e recém-nascidos com pelo menos 34 semanas, aparentemente saudáveis à nascença. Os critérios de exclusão foram: idade gestacional inferior a 34 semanas, diagnóstico de patologia e/ou malformações congénitas prévio ao colapso, índice de Apgar inferior a 8 aos 5 minutos de vida e colapso após o sétimo dia de vida. As referências dos artigos selecionados foram alvo de cross-searching. Foram também consultados artigos esclarecedores para temas-chave.*

[1] Interna de Formação Geral no Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

[2] Assistente Hospitalar Graduada, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-infantil do Norte.

[3] Professora Auxiliar, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Centro Hospitalar Universitário do Porto. Grupo de Investigação InSight – CINTESIS.

Desenvolvimento: *A sua incidência varia de 2,6 a 133 casos/100 000 nados-vivos. A maioria ocorre durante as primeiras 24 horas de vida, sendo fatais cerca de 20 a 50% dos casos. Os sobreviventes desenvolvem frequentemente encefalopatia hipoxico-isquémica. A disfunção dos núcleos de Kölliker-Fuse pode estar envolvida na fisiopatologia. Os fatores de risco estatisticamente significativos para este colapso são o contacto pele-a-pele não vigiado e a primiparidade. Várias medidas e protocolos foram já desenvolvidos na tentativa de prevenção, celeridade de atuação e evicção de repercussões psicossociais potencialmente limitantes.*

Conclusões: *As estimativas epidemiológicas variam entre intervalos amplos de valores e devem ser interpretadas com cautela. Novas hipóteses etiológicas foram já propostas para estudo. Múltiplos fatores de risco parecem estar envolvidos. A educação dos familiares e a vigilância da mãe e do recém-nascido, em intervalos regulares e segundo um protocolo padronizado, são as medidas preventivas potencialmente mais eficazes.*

Palavras-chave: Colapso súbito e inesperado pós-natal, Contacto pele-a-pele, Morte súbita infantil, Cuidados pós-natais, Recém-nascido.

INTRODUÇÃO

Durante o período pós-natal imediato, várias são as práticas aplicadas aos recém-nascidos, de modo a assegurar a sua saúde e o seu bem-estar. Destacam-se à luz desta revisão, a avaliação sumária da adaptação à vida extrauterina, realizada através do índice de Apgar, e a prática precoce de contacto pele-a-pele (CPP).

O índice de Apgar, publicado em 1953 pela médica norte-americana Virginia Apgar[1], é ainda hoje considerado o *gold standard* na avaliação do recém-nascido (RN), imediatamente após o parto[2]. Através deste índice são avaliados os parâmetros: frequência cardíaca, esforço respiratório, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Apesar do reconhecimento da sua utilidade clínica na predição de situações de risco, têm sido descritos eventos súbitos e graves, em recém-nascidos com pontuações de Apgar associadas a baixo risco neonatal. Estes eventos chegam a culminar na morte do recém-nascido, mesmo se identificados e abordados de forma célere. Destaca-se o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal (CSIP, também referido para efeitos de síntese como Colapso), uma entidade pouco conhecida a nível nacional e internacional, que não consta ainda na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), nem na sua atualização mais recente, que vigorará a partir de 2022[3].

O CSIP caracteriza-se por uma paragem cardiorrespiratória súbita e inesperada, que necessita de reanimação e ventilação por pressão positiva e que pode

ocorrer até ao sétimo dia de vida, em recém-nascidos aparentemente saudáveis, de termo ou quase-termo[4-5]. Quer isto dizer que mesmo os recém-nascidos sem patologia diagnosticada e com índices de Apgar superiores a sete podem vir a colapsar súbita e inesperadamente.

Este acontecimento, ainda que raro, é uma hipótese alarmante para famílias e profissionais de saúde. Especialmente, porque parece estar associado ao contacto pele-a-pele, prática universalmente adotada e inclusivamente recomendada pela Organização Mundial da Saúde, nos seus *Ten steps to successful breastfeeding*[6].

A incidência de CSIP é difícil de interpretar, com estimativas que variam largamente, dependendo dos critérios de inclusão definidos pelos investigadores. A variação de critérios e definições utilizadas traduz-se também na codificação ambígua e heterogénea destes casos, o que agrava ainda mais a dificuldade de estudo dos mesmos. A ausência de uma definição única e de inclusão na CID contribui para que esta entidade seja desconhecida por grande parte dos profissionais de saúde, que a classificam erradamente. As classificações variam entre evento aparentemente ameaçador à vida (ALTE); evento breve, resolvido e inesperado (BRUE) e morte infantil súbita e inesperada, nas suas diferentes codificações (SUID, SUDI, SMSL, eSUID, eSIDS, ENSUD, SUEND). Alguns casos não chegam sequer a ser classificados, sendo inexistentes para a estatística.

Esta heterogeneidade coloca entraves à deteção e atuação precoce e eficaz dos profissionais de saúde e à formulação e adoção de medidas preventivas.

Dados fornecidos pelo atual grupo de trabalho para o futuro Consenso Nacional Sobre o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal descrevem 22 casos de CSIP ocorridos em Portugal Continental, desde 2010 até julho de 2018.

O objetivo desta revisão bibliográfica é então sintetizar a informação disponível ao nível das diferentes definições, fatores de risco, propostas fisiopatológicas e complicações que têm vindo a ser estudadas. Pretende-se igualmente dar a conhecer à comunidade clínica as propostas de prevenção e protocolos de abordagem do CSIP, abrindo portas para a implementação de novas medidas em território português.

METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica foi desenvolvida através de pesquisa e seleção de artigos nas bases de dados PubMed e PsycINFO. O objetivo da pesquisa na base PsycINFO foi localizar referências relativas às repercussões psicossociais do CSIP nas famílias e nos profissionais de saúde que acompanham estes casos.

Não existindo descritores *Medical Subject Heading* (MeSH) específicos para o Colapso Súbito e Inesperado Pós-Natal, foram pesquisadas as combinações dos termos *"postnatal", "newborn*", "neonatal", "collapse", "sudden", "unexpected"* e *"sudden unexpected postnatal collapse"* segundo a estratégia de pesquisa (postnatal OR newborn* OR neonatal) AND (collapse NOT shock) AND (sudden OR unexpected) OR Sudden unexpected postnatal collapse)). A seleção destes termos foi realizada de forma a limitar a pesquisa à população-alvo (*postnatal*, *newborn*, *neonatal*), ao evento de interesse (*collapse, sudden unexpected postnatal collapse*) e à forma instalação do mesmo (*sudden*, *unexpected*).

Os critérios de inclusão foram escolhidos de acordo com a definição de CSIP proposta pela Associação Britânica de Medicina Perinatal[4]: colapso súbito até ao sétimo dia de vida e recém-nascidos de termo ou quase-termo e aparentemente saudáveis à nascença.

A nomenclatura "recém-nascido de quase-termo" foi abandonada em 2018 pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia[7], que sugere a sua substituição por "recém-nascido de pré-termo tardio", definido pelo nascimento entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de idade gestacional. De acordo com as *guidelines* britânicas[4], deve ser considerado como quase-termo um recém-nascido com pelo menos 36 semanas ao nascimento. Dado as linhas orientativas portuguesas, para efeitos de pesquisa, optou-se por estabelecer o *cut-off* nas 34 semanas, adequando-se a revisão à realidade nacional.

Os critérios de exclusão foram: nascimento com idade gestacional inferior a 34 semanas, diagnóstico de patologia e/ou malformações congénitas prévio ao colapso, índice de Apgar aos 5 minutos inferior a oito e colapso após o sétimo dia de vida.

A pesquisa foi realizada sem limites temporais de inclusão. Foram aceites para seleção quaisquer artigos redigidos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou italiana. Inicialmente obtiveram-se 102 resultados, dos quais 78 foram excluídos após leitura do título ou do resumo e eliminação de duplicados. As referências dos artigos selecionados foram posteriormente alvo de *cross-searching*. Foram também consultados artigos esclarecedores de temas-chave à compreensão do texto.

DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Desde a primeira descrição de casos de colapso e morte súbita em recém-nascidos de termo aparentemente saudáveis, datada de 1985[8], têm vindo a ser descritos a nível mundial vários casos que se lhe assemelham. Em 2011[4], surge

uma entidade que se dissocia dos casos de ALTE e dos síndromes de morte súbita infantil e assume destaque próprio, o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal.

A Associação Britânica de Medicina Perinatal[4] reuniu, nas recomendações mais antigas disponíveis sobre a matéria, uma série de critérios de inclusão e exclusão para esta entidade. Estas recomendações contaram com o apoio de vários autores que fizeram uso das mesmas nos seus trabalhos, desde então[5,9-11].

O Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal é caracterizado, de acordo com os critérios propostos, por:

(1) Paragem cardiorrespiratória súbita e inesperada, com necessidade de reanimação e ventilação com pressão positiva intermitente;

(2) Necessidade de cuidados intensivos neonatais, desenvolvimento de encefalopatia ou falecimento;

(3) Em recém-nascidos de termo ou quase-termo, descrito por idade gestacional superior a 35 semanas;

(4) Saudáveis ao nascimento, com índice de Apgar normal;

(5) Durante os primeiros 7 dias de vida.

Todos estes critérios devem ser cumpridos para se obter o diagnóstico de CSIP. Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão, pelo que outras condições médicas devem ser excluídas, através de investigação exaustiva dos casos[5,12-15].

Esta definição não é, no entanto, consensual, havendo autores que definem critérios de inclusão diferentes dos propostos pelas *guidelines* britânicas[4]. Destacam-se disparidades no que toca à idade gestacional do recém-nascido, à idade pós-natal limite para a ocorrência do evento, à gravidade do mesmo, à existência ou não de patologia subjacente e, por fim, à necessidade ou não de ventilação com pressão positiva ou reanimação. Esta discordância acarreta um controlo difícil de variáveis de estudo, limitando a interpretação das conclusões alcançadas pelos diferentes investigadores e induzindo dificuldades acrescidas na identificação, diagnóstico e investigação destes casos.

Na literatura, as idades gestacionais utilizadas como *cut-off* para critério de inclusão variaram entre o intervalo fechado de limites 35 e 38 semanas. Já as idades pós-natal de ocorrência dos eventos variaram entre as primeiras duas horas de vida (<2h), as primeiras 12 horas de vida (<12h), o primeiro dia de vida (<24h), os primeiros três dias de vida (<72h) e a primeira semana de vida (<7d). A maioria dos autores que contribuíram para a investigação do CSIP não utilizaram como critério de exclusão o facto de se terem diagnosticado, após estudo dos casos, patologias até então desconhecidas, contrariando as recomendações britânicas[8-11,16-24].

Atualmente, a CID não contém uma codificação específica para o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal. Quer isto dizer que aos casos CSIP são aplicadas outras codificações, desde eventos de ALTE e BRUE, ou de morte súbita (SUID, SUDI, SMSL, SUEND, ENSUD, eSIDS, eSUID), dispersando os casos conhecidos[9-11,14,23-30]. Por vezes, nenhuma codificação chega sequer a ser aplicada, especialmente nos casos que resolveram sem complicações[21].

EPIDEMIOLOGIA

A variabilidade inerente as definições utilizadas e o viés de codificação impõem limitações à interpretação das conclusões dos diferentes estudos, que devem ser interpretados à luz dos critérios definidos pelos seus autores.

Incidência

A incidência estimada varia de acordo com o intervalo fechado de limites 2,6 a 133 casos/100.000 nados-vivos[4,8-11,13-15,17-22,27-28,31-32]. Estes resultados foram obtidos segundo diferentes definições e tipos de estudo – estudos de âmbito regional, alguns estudos nacionais e uma maioria de relatos de casos clínicos[11]. Se nos restringirmos aos estudos epidemiológicos de âmbito nacional (realizados em diferentes países), a incidência varia entre 2,6 a 38/100.000 nados-vivos (Tabela 1)[8,9,21,22,27].

Tabela 1

Estimativas epidemiológicas dos estudos de âmbito nacional

Fonte	Idade gestacional	Momento de colapso	Diagnóstico de patologia após colapso	Outros detalhes	Incidência estimada	Mediana (momento de colapso)
Poets et al. (Al, 2011)	≥37	<24h	Incluído	01/01/2009 31/12/2009 (1A), 17 casos	2,6/100.000	15 minutes (1min – 3h)
Becher et al. (UK, 2012)	≥37	<12h	Não	01/11/2008 30/11/2009 (1A), 30 casos	3,5/100.000	70 minutes (6min – 11h)
Pejovic et al. (Suécia, 2013)	≥35	<24h	Incluído	01/01/2010 06/06/2012 (2,5A), 26 casos	38/100.000	–
Lutz et al. (Aus, 2016)	≥37	<7d	Incluído	2012 – 2014 (3A), 48 casos	5,6/100.000	63 minutes (15min – 4h)

Alguns autores creem que a incidência se encontra subestimada dado a variabilidade de critérios diagnóstico, a existência de estudos apenas em países

desenvolvidos[24] e o facto de eventos com prognóstico favorável tendencialmente não serem comunicados e, por isso, não sendo incluídos nos estudos[11,14,21,27-28].

Num estudo espanhol, concluiu-se que a incidência de CSIP aumentou após a introdução da prática de contacto pele-a-pele. A diferença entre os valores de incidência anteriores e posteriores à instituição desta prática foram estatisticamente significativos, apontando para um aumento de aproximadamente 14 vezes, entre estes períodos[15].

Momento de ocorrência

Cerca de 65%, de um grupo de 398 casos, ocorreram durante as primeiras 24 horas de vida dos recém-nascidos[11]. No entanto, outros autores sugerem a ocorrência de cerca de 73% dos casos durante as primeiras duas horas de vida, apontando para um intervalo mediano de 70 minutos até ao colapso, em recém-nascidos sem diagnóstico de causa específica, e para um intervalo de 195 minutos, naqueles onde se chega a um diagnóstico[9].

A interpretação destes resultados é igualmente limitada pelos critérios de inclusão utilizados, no entanto, diferentemente da variação ampla da incidência, parece haver uma tendência transversal à ocorrência de colapso nas primeiras duas horas de vida. Segundo os estudos epidemiológicos de âmbito nacional, a mediana para a ocorrência do colapso varia entre os 15 e os 70 minutos[9,21-22,27].

Mortalidade

A percentagem de mortes entre os casos descritos varia entre cerca de 20% a 50%[4,9-11,27]. Também estes dados devem ser interpretados com cautela já que, pela heterogeneidade anteriormente descrita, podem não traduzir uma estimativa precisa da realidade.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia do CSIP ainda não é bem compreendida. Atualmente destacam-se três possíveis hipóteses etiológicas: colapso por causa precipitante; colapso por asfixia pós-natal súbita e inesperada ou colapso por causa indeterminada após realização de investigação exaustiva e estudo *post-mortem* dos casos fatais[10].

Estas três hipóteses surgiram após um estudo *post-mortem* de vítimas mortais de CSIP. Nesse estudo, concluiu-se que mais de 54% das vítimas apresentariam

sinais sugestivos de patologia não anteriormente diagnosticada, tais como, infeções congénitas, anomalias estruturais congénitas, hipertensão pulmonar, doenças metabólicas ou outras síndromes neonatais[16]. A minoria dos casos, inferior a 46%, apresentar-se-ia ou com sinais de asfixia, tais como petéquias e pulmões congestionados, apontando para uma asfixia pós-natal, ou sem qualquer sinal sugestivo, apontando por outro lado para uma causa de morte indeterminada. Outros autores obtiveram resultados semelhantes[33].

Tendo em conta a definição proposta pela Associação Britânica de Medicina Perinatal, os casos em que se identifica patologia subjacente deveriam ter sido excluídos[4]. Assim, temos como hipóteses etiológicas: a asfixia pós-natal acidental e, na sua ausência, o colapso de causa indeterminada.

A asfixia pós-natal acidental, na ausência de patologia diagnosticada, pode associar-se a vários fatores: adoção de uma posição potencialmente asfixiante, maior vulnerabilidade intrínseca à hipoxemia e a características típicas dos recém-nascidos que lhes conferem maior vulnerabilidade à obstrução das vias aéreas superiores, quando adota uma posição potencialmente asfixiante[10-11,21]. Nomeadamente, a tendência à flexão do pescoço, uma língua grande relativamente à cavidade oral, resistência aumentada ao fluxo de ar nos pulmões, entre outras, tais como o período de fadiga pós-parto[10,21,34].

Vários autores[11-12,34] especularam sobre a possibilidade de uma disfunção ou imaturidade no centro de controlo respiratório estar na origem do CSIP, a par do que está descrito nos casos de ALTE[17].

Em Itália, vários autores decidiram testar esta hipótese através de um estudo no qual se analisaram amostras de porções da ponte cerebral de 22 recém-nascidos aparentemente saudáveis, vítimas de morte súbita neonatal inesperada, durante as primeiras horas de vida. Estes tinham entre 36 e 41 semanas de idade gestacional ao nascimento, tendo o colapso ocorrido, em 12 dos 22 casos em estudo, durante o contacto pele-a-pele[35].

As amostras da ponte cerebral foram colhidas preservando os núcleos de Kölliker-Fuse, complexos neuronais cruciais na coordenação respiratória em espécies animais, o complexo parafacial e os núcleos pré-Bötzinger, ambos igualmente associados com a coordenação respiratória e resposta à hipoxia[34].

Verificou-se que 91.7% das vítimas de colapso durante o contacto pele-a-pele (n=11/12) apresentavam hipoplasia dos núcleos de Kölliker-Fuse, em contraste com apenas 20% dos casos não relacionados com o CPP (n=2/10). A hipoplasia destes núcleos pode dever-se a imaturidade do sistema respiratório ou, por outro lado, a apoptose ou atrofia não relacionadas com imaturidade.

Apesar do papel destes núcleos no controlo do ritmo respiratório ainda não estar bem estabelecido nos humanos, foi sugerido pelos autores que os resultados

obtidos poderiam explicar a maior suscetibilidade intrínseca de alguns recém-nascidos à posição de decúbito ventral praticada durante o contacto pele-a-pele[35].

Seria, portanto, importante realizar uma avaliação cuidadosa do sistema nervoso central das vítimas de morte súbita durante o CPP, em especial dos núcleos de controlo respiratório referidos, durante o exame *post-mortem*[36].

COMPLICAÇÕES

Dos casos descritos, muitos foram os que culminaram em sequelas neurológicas ou morte. Tal como as estimativas de incidência e mortalidade, a estimativa dos casos complicados varia largamente, encontrando-se referência a valores entre os 17% e os 76%[9-11,15,18,21-22,27].

Numa estimativa publicada em 2013, concluiu-se que cerca de 50% dos 398 casos estudados culminaram em morte e que, dos sobreviventes, cerca de 50% desenvolveram sequelas neurológicas[11]. A referência mais recente à ocorrência de complicações, sejam elas a morte ou sequelas sem ocorrência de morte, data de 2018[10]. Nessa revisão, estimou-se a ocorrência de cerca de 39 a 56% de casos complicados.

As complicações descritas consistiram sobretudo em casos de encefalopatia hipoxico-isquémica[11].

Encefalopatia hipoxico-isquémica

A encefalopatia hipoxico-isquémica é uma síndrome clínica definida como disfunção do sistema nervoso central secundária a processos de hipoxia e isquemia[37]. Esta síndrome caracteriza-se clinicamente por um quadro de alteração do estado de consciência, convulsões e alterações ao exame neurológico, com destaque para as alterações dos reflexos e do tónus muscular. Podem surgir também dificuldade respiratória e recusa alimentar[38].

Para além da clínica sugestiva, o diagnóstico requer investigação da etiologia da encefalopatia, que deve ser orientada pelo quadro clínico e suspeitas diagnósticas[37-38].

A hipotermia induzida é comummente o tratamento de escolha[39]. Esta trata-se de uma técnica segura e eficaz na redução da morbimortalidade na encefalopatia hipoxico-isquémica moderada a grave (em recém-nascidos de idade gestacional ao nascimento igual ou superior a 36 semanas, sujeitos a asfixia perinatal aguda)[40-41].

A utilização da hipotermia nos casos de CSIP não é, no entanto, consensual[10,42]. Dos critérios necessários à realização da hipotermia terapêutica, são potencialmente reuníveis: a necessidade mantida de manobras de reanimação aos 10 minutos de vida e a ocorrência de convulsões ou encefalopatia moderada a grave, definida por alteração do estado de consciência, tónus, reflexos ou da autonomia respiratória[39]. Os primeiros autores a avaliar os resultados da hipotermia terapêutica aplicada ao CSIP centraram-se em cinco casos que desenvolveram encefalopatia hipoxico-isquémica, dos 26 em estudo, tendo quatro deles reunido os critérios definidos pelos autores para a aplicação desta técnica. Os critérios utilizados foram encefalopatia de grau ≥2 e convulsões até seis horas após o momento de asfixia. Destes quatro casos, três obtiveram um *follow-up* sem intercorrências, durante os dois anos de acompanhamento, mas o caso restante desenvolveu paralisia cerebral[21].

Não há, para já, estudos que validem significativamente os efeitos benéficos da aplicação desta técnica, no âmbito do CSIP. Ainda assim, a hipotermia terapêutica continua a ser aplicada a estes casos[21,42].

Morte súbita e inesperada pós-natal

Nos casos em que ocorre morte súbita, ou naqueles com deterioração que culmina em morte, as repercussões psicossociais são significativas, atingido não só as famílias como também os profissionais de saúde[26,43].

A morte de um filho é um evento muito doloroso, especialmente quando ocorre subitamente ou durante os primeiros dias de vida[43].

Os familiares experienciam sentimentos de culpa, raiva e tristeza variáveis em intensidade, modo e momento de manifestação[43-44]. Os profissionais de saúde manifestam essencialmente culpa, ansiedade e sentimentos de incompetência ou impotência[43].

Atualmente, ainda não existem estudos que incidam especificamente nas repercussões psicossociais dos casos de CSIP. No entanto, vários autores têm investigado sobre a morte súbita infantil, procurando construir propostas para a abordagem desses casos que minimizem o sofrimento de quem contactou ou é familiar das vítimas[43-44].

FATORES DE RISCO

É imprescindível definir os fatores de risco implicados na fisiopatologia do CSIP, principalmente aqueles que podem ser revertidos ou eliminados, de modo a prevenir a sua ocorrência.

Num estudo de 2013, realizado a nível nacional, na Suécia, apurou-se que mais de 50% dos casos de CSIP ocorreram durante o decúbito ventral, em contacto pele-a-pele; 50% durante a primeira tentativa de amamentação; cerca de 12% num momento de distração da mãe com o *smartphone*; e cerca de 70% em filhos de primíparas[21].

Os fatores de risco para CSIP podem ser sistematizados como situacionais ou ambientais, relativos à mãe, relativos ao recém-nascido, ou perinatais (Tabela 2)[28].

Tabela 2

Fatores de risco para o colapso súbito e inesperado pós-natal[a]

Maternos	Do recém-nascido	Perinatais	Ambientais
Primiparidade	Posição de decúbito ventral (especialmente, durante o contacto pele-a-pele)	Parto complicado (cesariana, necessidade de procedimentos dolorosos e/ou demorados)	Contacto pele-a-pele
Opioides até 24h antes do evento	Hiporreatividade		Primeira tentativa de amamentação
Anestesia até 8h antes do evento			Distração da mãe e/ou dos familiares (incluindo o uso do *smartphone*)
Administração de sulfato de magnésio, durante o trabalho de parto			Vigilância desadequada pelos profissionais de saúde
Fadiga ou sonolência			Apoio desadequado aos familiares pelos profissionais de saúde (menor sensibilização para os sinais de alarme)
Seios volumosos			Iluminação reduzida.
Obesidade			Temperatura ambiente baixa

Nota. [a]Adaptado de Rodriguez et al.[28].

Modelo do triplo risco

O modelo do triplo risco proposto em 1994 por Filiano e Kinney[45] para explicar a Síndrome da Morte Súbita do Lactente parece aplicar-se ao Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal[10-12,23,26,34,46].

Adaptando as definições originais do modelo do triplo risco, o CSIP pode ser explicado pela interação de três fatores: um recém-nascido especialmente vulnerável; um período crítico no desenvolvimento do controlo homeostático e agentes de stress exógeno. Assim, para a ocorrência de um caso, teremos: um recém-nascido com vulnerabilidade subjacente (ou fatores de risco intrínsecos) que, durante um período crítico do seu desenvolvimento, é sujeito a agentes de stress exógenos (ou fatores de risco extrínsecos)[47].

Período de vulnerabilidade no desenvolvimento de um recém-nascido

O período neonatal precoce, que ocorre dos 0 aos 7 dias, é um momento de grande vulnerabilidade. Não só no pós-parto imediato, pela fadiga que o parto acarreta, mas também na sua globalidade, pelas características do próprio recém-nascido[11].

Durante a vida fetal, o microambiente cerebral contém níveis elevados de neuro-moduladores, nomeadamente de adenosina e prostaglandinas, que aumentam a tolerância à hipóxia do parto, já que reduzem as taxas metabólicas, os movimentos fetais e, assim, o *turnover* energético[21]. No período pós-parto, ocorre um pico de secreção de catecolaminas, responsável pelo aumento da responsividade a estímulos[21,48]. No entanto, este pico dura cerca duas horas pelo que, posteriormente, a responsividade se encontra comparativamente diminuída, com aumento do tónus vagal e menor tolerância à hipoxia[27,49].

Fatores de risco intrínsecos

Os fatores de risco intrínsecos, dificilmente moduláveis, são ainda pouco compreendidos e até fonte de controvérsia. Relembra-se a hipótese da existência de anomalia no centro de controlo respiratório pôntico[35], ou a associação de risco à existência de patologia, contrariamente à definição proposta pela Associação Britânica de Medicina Perinatal, que trata o CSIP como diagnóstico de exclusão[4].

A primiparidade materna foi a única variável intrínseca estudada[9,11,13-14,19,21,26-28,32,34] que obteve significado estatístico[19].

Fatores de risco extrínsecos

Os fatores de risco extrínsecos apresentam maior potencial preventivo pela possibilidade de evicção ou eliminação que lhes é subjacente[10,50]. Estes assentam essencialmente em três comportamentos:

(1) Adoção de posições que favorecem a oclusão das vias aéreas superiores;
(2) Vigilância ineficaz dos recém-nascidos pelas mães ou restantes familiares;
(3) Vigilância ineficaz das mães e recém-nascidos pelos profissionais de saúde.

A posição de decúbito ventral, mantida durante os momentos de contacto pele-a-pele e de primeira tentativa de amamentação, parece ser o fator de risco com maior força de associação ao CSIP[5,9-11,13-14,19,21-22,26-28,32,34,51]. O risco de oclusão das vias aéreas superiores é maior em decúbito ventral e em situações de proximidade com o corpo da mãe, pela maior exposição às superfícies moles potencialmente asfixiantes do seu corpo – tórax, seios e abdómen[19,26,28,52]. Foi proposto que a obesidade materna e o facto de a mãe ter seios volumosos poderiam igualmente contribuir para um maior risco de Colapso[19,26-28,50].

Vários são os autores que apresentam resultados que indicam como fatores de risco os momentos de contacto pele-a-pele e da primeira amamentação. A literatura defende a força desta associação em especial quando estes momentos não são vigiados adequadamente. A vigilância descontínua ou ineficaz, realizada quer pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, quer pelos familiares do recém-nascido, foi proposta como fator de risco por vários autores[9,11,13-14,19,21,26,32,34].

Quando se utiliza o termo vigilância "ineficaz", fala-se sobretudo da presunção errada de bem-estar por parte dos pais e familiares. Esta pode dever-se ao desconhecimento dos sinais de alarme a excluir, ou à influência de fatores externos, como fármacos e procedimento realizados no peri-parto, características ambientais ou até *smartphones*[11,21,26,28,51]. A ignorância dos familiares relativamente aos sinais de alarme pode resultar da reduzida experiência, como poderá ser o caso das primíparas; do reduzido apoio educacional oferecido pelos profissionais de saúde; ou de ambos[11,30].

A fadiga materna e as alterações do seu estado de consciência podem comprometer a vigilância dos recém-nascidos. Estas alterações são frequentes no período pós-parto, especialmente quando são executados procedimentos dolorosos como a episiotomia, ou quando o trabalho de parto é longo e demorado[11,21,26-28,30,32,50-51]. O uso de opioides até 24 horas antes do colapso, de anestesia (regional ou geral) até 8 horas antes, ou de sulfato de magnésio durante o trabalho de parto estão também descritos como fatores de risco do CSIP[19,28]. O parto por cesariana também foi mencionado na literatura por limitar a mobilidade materna e estar associado a períodos de anestesia prolongados[5].

Recentemente, propôs-se como fator de risco a distração das mães com os *smartphones*, durante os momentos de contacto com o recém-nascido. Os momentos de distração na troca de mensagens e na partilha fotos parecem associar-se à ocorrência de colapso[11,21,26,51].

A iluminação reduzida no quarto onde se encontra o RN foi também apontada como um possível fator facilitador da vigilância ineficaz e, portanto, como fator de risco do CSIP, a par da temperatura ambiente demasiado baixa[5].

Relativamente à vigilância executada pelos profissionais de saúde, foi descrito que intervalos superiores a 15 minutos sem observação do recém-nascido estariam associados a um risco superior de CSIP[11,21,28,51].

O contacto pele-a-pele

O contacto pele-a-pele é recomendado pela Organização Mundial da Saúde[6]. É uma prática de humanização de cuidados e deve ser realizada imediata ou precocemente após o parto, sem interrupções. Define-se pelo posicionamento do

recém-nascido, nu ou apenas de fralda, sobre o tórax materno, tipicamente em decúbito ventral, e coberto por um lençol fino ao longo do corpo. Este contacto deve durar pelo menos 1 hora[53].

O contacto pele-a-pele confere vantagens protetoras ao recém-nascido, tais como, melhoria da função cardiorrespiratória e da termorregulação; menor probabilidade de hipoglicemias e hipotermia; redução da irritabilidade, choro e dor; colonização bacteriana com formação da microbiota intestinal; aumento da adesão à amamentação, responsável pela melhoria do vínculo materno-infantil. Associa-se também à redução da ansiedade materna, bem como à menor incidência de hemorragias no pós-parto[5,54-55].

Esta prática não parece estar associada a efeitos negativos de curto ou longo--prazo[54], encontrando-se contraindicada apenas em recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, nomeadamente aqueles com má adaptação à vida extrauterina ou com patologia médica[5].

No entanto, é no contacto pele-a-pele que se reúnem várias condições apontados como fatores de risco para o CSIP, nomeadamente: realização nas primeiras duas horas pós-natal, momento com maior número de casos relatados[9,11]; partilha de cama entre a mãe e o recém-nascido, referida como fator de risco por alguns autores[5,9,11,13-14,19,21,32,34]; posição de decúbito ventral; potencial de oclusão das vias aéreas por lençol ou estrutura mole (abdómen, tórax ou seios maternos)[19,26,28,52].

De facto, em 2012, na Alemanha, demonstrou-se o significado estatístico da associação entre contacto pele-a-pele e CSIP – no mesmo estudo através do qual se verificou a associação significativa entre a primiparidade e o CSIP[19]. Relembre-se o aumento da incidência de CSIP de aproximadamente 14 vezes, após a introdução da prática de contacto pele-a-pele[15].

Importa salientar que a realização desta prática não é posta em causa pelos autores[55]. Sugere-se uma complementaridade com a vigilância do recém-nascido, durante este período de contacto, realizada quer pela mãe e familiares, mas sobretudo pelos profissionais de saúde. Esta deve ser reforçada nos casos de fadiga ou sonolência materna acrescida.

PREVENÇÃO

Segundo o modelo do triplo risco, três são os fatores que explicam a fisiopatologia do CSIP, tal como previamente descrito[46]. Como todos os recém--nascidos passam inevitavelmente por um período crítico no desenvolvimento, e têm características intrínsecas que lhes conferem vulnerabilidade, a atuação mais eficaz parece centrar-se nos fatores extrínsecos e, portanto, modificáveis[10,26,50].

Apesar das várias propostas desenvolvidas, não há medidas comprovadamente efetivas[5,25,51].

A deteção e atuação em patologias referidas como fatores de risco por alguns dos autores foram excluídas desta discussão por não respeitarem a definição de CSIP[4].

Portanto, para prevenir o Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal, deve atuar-se não só na educação dos profissionais de saúde, como também dos familiares dos recém-nascidos, procurando melhorar a vigilância neonatal. A formação não deve dirigir-se apenas à modificação de fatores de risco, mas também à deteção precoce de eventuais casos e à diminuição da progressão para potenciais complicações[26].

A prevenção do Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal assenta, assim, em 3 pilares:

(1) Organização de protocolos de vigilância do recém-nascido;

(2) Educação das famílias e formação dos profissionais de saúde;

(3) Aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Para além das medidas de vigilância, educação e formação, outras podem ser adotadas, tais como, manter uma temperatura ambiente constante e adequada, evitar a iluminação reduzida ou socorrer-se de doulas para melhorar a vigilância neonatal, bem como reduzir o tempo e a dificuldade do parto[26,56].

Vigilância do recém-nascido

Um estudo britânico concluiu que cerca de 77% dos casos de CSIP analisados ocorreram sem a presença de qualquer profissional de saúde[9].

A vigilância frequente pelos profissionais de saúde, designadamente pelos enfermeiros, é provavelmente uma das práticas mais efetivas na redução do risco de CSIP[5,26]. Esta vigilância deve ser efetuada segundo uma sequência padronizada e pré-estabelecida, minimizando potenciais erros. As recomendações ditam que cada enfermeira deve ser responsável por não mais do que três díades recém-nascido-mãe[5].

A avaliação frequente do recém-nascido permite monitorizar o seu bem-estar e potencialmente o risco de CSIP[51,57]. Quantificar este risco é, no entanto, difícil, já que o Colapso é um evento súbito e inesperado[57].

Em 2014 e 2015, foram publicados dois protocolos distintos que almejavam avaliar eficazmente o risco de CSIP, contribuindo para a redução da sua incidência. Segundo os seus autores, estes protocolos possibilitam a identificação dos casos de colapso mais precocemente, permitindo uma atuação mais célere e eficaz[50-51].

O primeiro protocolo, proposto em 2014[50], foi avaliado a nível de aplicabilidade e eficácia, culminando em nova publicação, em 2018[57]. Nesta avaliação, inquiriram-se enfermeiras sobre a avaliação de recém-nascidos através do índice de Apgar e do novo método proposto, avaliando-se a sua atuação em 17 partos. Concluiu-se ser importante a avaliação correta da transição para a vida extrauterina, bem como a avaliação frequente do recém-nascido, especialmente durante as suas primeiras horas de vida[57].

Um protocolo mais recente pretende promover a segurança do contacto pele-a-pele e da amamentação precoce. Para isso, sugerem-se avaliações aos 10 minutos após o nascimento e de 30 em 30 minutos, nas primeiras duas horas após o nascimento[51]. O foco destas avaliações deve ser principalmente o momento de contacto pele-a-pele e as tentativas iniciais de amamentação, assegurando o posicionamento seguro do recém-nascido durante o sono e as referidas práticas[53].

Após as primeiras duas horas de vida, é proposta uma vigilância frequente do recém-nascido, adotando precauções semelhantes (Tabela 3)[51]. Alguns autores defendem que, entre as duas e as 12 horas de vida, sejam realizadas pelo menos duas observações e que, posteriormente, se realizem observações de 8 em 8 horas[25].

Tabela 3

Medidas preventivas do colapso súbito e inesperado pós-natal[a]

Aos profissionais de saúde • As primeiras duas horas de vida de um recém-nascido
• Não deixar as mães sozinhas, especialmente se primíparas. • Assegurar (e verificar) a posição adequada do recém-nascido, especialmente durante o contato pele-a-pele: colocados sobre o tórax em decúbito ventral, mas com a face voltada para um dos lados, relativamente ao corpo materno, e com nariz e boca bem visíveis e não obstruídos, com pescoço na linha média. • A posição de decúbito ventral do recém-nascido deve ser aceite apenas durante o contacto pele-a-pele supervisionado. • Evitar a realização de contacto pele-a-pele em mães que receberam analgésicos e/ou parecem fatigadas, a menos que a equipa de profissionais possa garantir a vigilância contínua da díade mãe-recém-nascido. • A primeira tentativa de amamentação deve ser supervisionada.
Aos profissionais de saúde • Após as primeiras duas horas de vida de um recém-nascido
• A partilha de cama deve ser desencorajada se a mãe estiver sonolenta ou se a díade mãe-recém-nascido estiver desacompanhada. • Os recém-nascidos encontrados a partilhar cama com a mãe, que se encontra sonolenta ou a dormir, devem ser colocados nos seus berços. • A posição de decúbito lateral e ventral do recém-nascido deve ser desencorajada. A posição em decúbito ventral do recém-nascido deve ser aceite apenas durante o contacto pele-a-pele supervisionado. • Devem ser realizadas verificações recorrentes da díade. Estas incluem a correção de potenciais fatores de risco observados.
Às mães e aos familiares
• Quando o recém-nascido está a dormir ou deitado no berço, recomenda-se que esteja em decúbito dorsal, evitando colocá-lo em decúbito ventral ou lateral. • A posição de decúbito ventral é aceite apenas durante o contacto pele-a-pele (e apenas se a mãe não estiver sonolenta ou a dormir). • Durante o contacto pele-a-pele, o nariz e a boca devem estar sempre visíveis e não obstruídos: a face deve estar afastada do corpo da mãe o pescoço deve estar na linha média e não totalmente fletido ou estendido; a posição correta é sobre o tórax e não sobre os seios, entre eles ou sobre o abdómen. • Evitar distrações, como o uso de dispositivos eletrónicos e *smartphones*, especialmente durante o contacto pele-a-pele e a amamentação. • Se a mãe se sentir cansada ou sonolenta, a criança deve ser colocada no berço. • Deve haver supervisão durante as primeiras tentativas de amamentação.

Nota. [a]Adaptado de Davanzo et al.[51].

É essencial atentar nos recém-nascidos, mas também nas mães. Determinados grupos de risco merecem uma vigilância ainda mais atenta, como é o caso das primíparas e das mães visivelmente fatigadas ou sonolentas[21,51]. No caso de fadiga observável, deve incentivar-se a colocação dos recém-nascidos no berço a sua transferência ao pai ou a outro familiar[5].

Vários são os países onde foram recomendadas medidas semelhantes às descritas, de modo a diminuir a morbimortalidade neonatal – Nova Zelândia[58], Itália[25], Reino Unido[59].

O único ponto negativo apontado a esta vigilância mais frequente é a diminuição da privacidade das famílias por interferência num momento tão único, podendo até ser uma fonte de *stress*. É sugerido, ainda assim, que o benefício das intervenções propostas as justifique[51].

Destaca-se que a realização de monitorização e documentação frequente ou contínua dos sinais vitais, nomeadamente com recurso a oximetria de pulso contínua, não reúne consenso entre os autores. Esta vigilância não parece associar-se a um aumento significativo da segurança do recém-nascido, mas são necessários estudos dirigidos à avaliação dos resultados desta prática[10,51].

Educação das famílias e formação dos profissionais de saúde

A educação das famílias é indispensável à prevenção do CSIP e ao aumento da segurança do recém-nascido. Todas as famílias devem ser abrangidas e não apenas as famílias de maior risco, como as de mães primíparas[21].

Apesar de, após a explicação dos fatores de risco de CSIP às famílias, a incidência de CSIP não parecer diminuir, os casos descritos foram de menor severidade, sugerindo que pais mais informados relacionam-se com um melhor prognóstico[21].

Deste modo, a par da vigilância do recém-nascido, devem ser tomadas medidas para educar os seus familiares à prevenção. As informações a ser transmitidas devem abranger os cuidados básicos ao recém-nascido, as medidas preventivas a adotar e os sinais de alarme a continuamente excluir[51]. Os principais sinais de alarme a ensinar aos familiares poderiam ser: a obstrução de nariz ou boca, sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, tiragem, taquipneia, bradipneia, gemido, cianose e apneias prolongadas) e sinais de instabilidade hemodinâmica (palidez, hiporresponsividade, hipotonia e hipotermia)[5,51,60].

É indispensável garantir que os momentos de transmissão de informação às famílias procurem evitar alarmismos. Para isso, devem ser calendarizados não só para o período pós-natal, como também para o período pré-natal. Após a

comunicação oral com as famílias, devem ser entregues documentos informativos que permitam aos familiares ler sobre o assunto mais tarde ou quando desejarem[5]. Há já vídeos publicados a título ilustrativo nos quais se encena o momento de comunicação dos profissionais de saúde com as mães[28].

Os profissionais de saúde devem, portanto, ser preparados não só para identificar e abordar casos de CSIP, como também para educar as famílias relativamente a esta entidade e ainda para prestar apoio na eventualidade de ocorrência de alguma complicação[21]. A formação dos profissionais de saúde é por isso de extrema importância, podendo realizar-se através de informação audiovisual, como os referidos vídeos, de informação escrita, por diretrizes, recomendações, consensos ou guias informativos, ou presencialmente, em apresentações, simulações ou momentos de partilha de casos. A realização de campanhas semelhantes à *Safe to Sleep* de 1994, desenvolvida no âmbito da Síndrome da Morte Súbita do Lactente e a partir da qual se reduziu significativamente a incidência da mesma, poderá também ser uma hipótese para divulgação, formação de profissionais de saúde, educação de famílias e prevenção do CSIP em si[10,52].

CONCLUSÕES

O Colapso Súbito e Inesperado Pós-natal conta já com mais de 400 relatos de caso distribuídos pelos continentes europeu, americano, asiático e Oceânia.

Apesar do número crescente de investigadores debruçados sobre estes casos, há ainda divergências significativas nas definições e critérios de inclusão utilizados, resultando em dados e conclusões epidemiológicas variáveis de autor para autor, que requerem cautela na sua interpretação.

Continuam também a existir investigadores que, contrariamente às recomendações estabelecidas, incluem nas suas descrições de casos recém-nascidos com patologias identificadas ou cuja investigação *post-mortem* determinou uma causa de morte específica, contribuindo para a menor precisão da evidência disponível.

Os fatores de risco constituem possivelmente a área de estudo do CSIP que reúne maior convergência de dados. Os únicos fatores de risco que alcançaram significado estatístico foram o contacto pele-a-pele e a primiparidade. No entanto, estão descritos vários fatores de risco como o momento da primeira tentativa de amamentação não vigiado, a fadiga materna, variáveis relativas à mãe, ao recém-nascido, ao momento perinatal e, ainda, ao ambiente externo.

Levanta-se a hipótese de que a distração dos familiares com os *smartphones,* no período pós-natal, possa também aumentar o risco de colapso.

A existência de disfunção dos núcleos de Kölliker-Fuse nas vítimas mortais de CSIP, aquando do contacto pele-a-pele, parece abrir portas para uma explicação fisiopatológica associada à disfunção do centro de controlo respiratório.

A nível das medidas preventivas que parecem ser mais eficazes, destacam-se a educação das famílias, nos períodos pré e pós-natal, e a vigilância do recém-nascido pelos profissionais de saúde. Esta última deve ser assegurada com especial cuidado durante os momentos de contacto pele-a-pele e da primeira tentativa de amamentação, seguindo rotinas de avaliação padronizadas e em intervalos regulares. A monitorização dos sinais vitais do recém-nascido durante estas visitas não é consensual, levantando-se a questão da perda de privacidade, num momento de especial importância para as famílias.

Os profissionais de saúde são peças-chave na prevenção de danos quer físicos, quer psicossociais, devendo receber formação específica e adequada para estes casos. Salienta-se que famílias e profissionais de saúde devem estabelecer uma relação de proximidade e abertura, de forma a evitar agravar a carga psicossocial de casos de CSIP complicados.

Aguarda-se assim a implementação de um protocolo de prevenção e abordagem destes casos em território nacional. Seria igualmente interessante a criação de uma base de dados para futuros estudos de incidência nacionais, de acordo com a definição proposta pelas *guidelines* britânicas. Do ponto de vista científico, revelam-se promissores o estudo da influência da hipoplasia dos Núcleos de Kölliker-Fuse na predisposição à asfixia súbita, estudos de eficácia e efeitos da monitorização contínua das saturações de oxigénio e da realização de hipotermia induzida nos casos de encefalopatia, bem como estudos das implicações psicossociais específicas desta patologia.

Anexo

Modelo de colheita de história clínica em casos de colapso súbito e inesperado pós-natal, durante a primeira semana de vida. Adaptado de Associação Britânica de Medicina Perinatal[4]

MODELO DE HISTÓRIA CLÍNICA

Nome do profissional:
Data da colheita:
História obtida a partir de:

A. Detalhes dos pais

(Assegurar que a história da mãe e os registos da maternidade correspondem aos dos cuidados primários.)

1. Detalhes maternos

Nome:
Data de nascimento:
Número do processo:
Estado civil atual:
Profissão:
Nacionalidade:
Etnia:
Condições ou patologias prévias à gravidez, incluindo infertilidade:
Número de abortos prévios:
Número de nados-mortos prévios:
Número de nados-vivos prévios:
História de morte infantil prévia:
História familiar relevante, incluindo o estado atual de saúde dos restantes filhos (se aplicável):
A família tem contato com os serviços sociais?

Tabagismo

Número de cigarros fumados por dia antes da gravidez:
Número de cigarros fumados por dia durante a gravidez:
Era fumadora à data do nascimento?
Fumou nas 24h antes do colapso?

Alcoolismo

Quantas unidades por semana durante a gravidez?
Quantas unidades nas 24 horas antes do colapso?

Consumo de substâncias ilegais

Quais?
Quantas vezes durante a gravidez?
Houve abuso nas 24h anteriores ao colapso?
Se sim: de quais e quando foram tomadas em relação ao colapso?

Anexo (cont.)

MODELO DE HISTÓRIA CLÍNICA

2. Detalhes paterno

(É importante avaliar, com sensibilidade e tato, se o pai putativo é o pai biológico.)

Nome do pai:
Data de nascimento:
Profissão:
Nacionalidade:
Etnia:
Tabagismo
Quantos cigarros fuma por dia?
Fumou nas 24h anteriores ao colapso?
Alcoolismo
Quantas unidades consome por semana?
Quantas unidades consumiu nas 24 horas antes do colapso?
Consumo de substâncias ilegais
Quais?
Com que frequência?
Houve abuso nas 24h anteriores ao colapso?
Se sim: de que substância e quando foi tomada em relação ao colapso?
Condições médicas ou patologias:

3. História familiar de ambos os pais

Histórico de consanguinidade?
História de óbitos neonatais anteriores?
Patologias genéticas, neurológicas ou trombóticas?
Árvore genealógica com pelo menos três gerações (incluindo técnicas de reprodução assistida):

B. Gravidez

Último período menstrual:
Data prevista de nascimento:
Idade gestacional à data de entrada no hospital, antes do nascimento:
Índice de massa corporal materna à data de entrada no hospital, antes do nascimento:
A gravidez foi gemelar em alguma fase?
Se sim: qual a corionicidade?
Houve alguma alteração relativa ao crescimento fetal suposto?
Se sim: o crescimento foi reduzido ou excessivo?
(Anexar informações sobre o doppler, volume de líquido amniótico ou perfil biofísico)
Houve alguma suspeita de anomalia fetal?
Preocupações ou patologias durante a gravidez (incluindo redução de movimentos fetais):
Fármacos tomados durante a gravidez (prescritos ou não):
História de queda ou acidente durante a gravidez?
Qual era o estado de saúde e disposição dos pais no momento do nascimento e do colapso?

MODELO DE HISTÓRIA CLÍNICA

C. Trabalho de parto, parto e nascimento

Início do trabalho de parto: espontâneo / sem trabalho / induzido
Se induzido: por que método?
Se não foi espontâneo: qual foi o motivo?
Houve rutura espontânea das membranas?
Quanto tempo antes do nascimento ocorreu a rutura das membranas? (em horas)
Duração primeiro estadio do parto: Duração do segundo estadio do parto:
Parto: vaginal espontâneo/pélvico vaginal/fórceps/ventosa/cesariana eletiva/cesariana de emergência
Se não foi vaginal espontâneo: qual o motivo da escolha do método realizado:
Lista de todos os fármacos administrados durante o trabalho de parto, incluindo anestesia peridural, raquidiana e geral:
Lista de todos os procedimentos realizados durante o parto:
Houve preocupações especiais com o estado do feto, antes do nascimento?
a) Frequência cardíaca fetal:
b) Movimentos fetais:
c) Volume de líquido amniótico:
d) Líquido amniótico meconial:
e) Infeções materna:
f) Hemorragias vaginais:
Gestão do terceiro estadio do parto:
Peso placentário (g):
Aparência:
Perda de sangue materno estimada (ml):
Outras notas a salientar:

D. Detalhes do recém-nascido

Nome: Nº do processo:
Data e hora do nascimento:
Género:
Idade gestacional (semanas):
Peso ao nascimento (g):
Comprimento ao nascimento (cm):
Perímetro cefálico ao nascimento (cm):
Ordem de nascimento (se múltipla):
Índice de Apgar ao 1º min: ao 5º min: ao 10º min:
Intervalo de tempo até realizar respirações espontâneas (min):
Profissão e grau de diferenciação do profissional mais experiente em reanimação, que esteve presente durante o nascimento:
Que técnicas de reanimação foram aplicada (se aplicável)?

Anexo (cont.)

MODELO DE HISTÓRIA CLÍNICA

E. Circunstâncias do colapso

Data do colapso: Hora do colapso:

Hora em que o recém-nascido foi reconhecido como saudável (ou vivo) pela última vez?

Descrição da aparência do recém-nascido, nesse momento:

Em que serviço e ala hospitalar ocorreu o colapso?

Que profissionais de saúde estiveram envolvidos nos cuidados ao recém-nascido, nos momentos anteriores ao colapso?

Quem estava presente no momento do colapso?

Quem estava responsável pela supervisão do recém-nascido antes do colapso?

Quem identificou o colapso?

Com quem estava o recém-nascido nesse momento?

O que é que o recém-nascido tinha vestido?

Em que cama estava o recém-nascido no momento do colapso?

Localização e posicionamento em relação ao cuidador ou ao meio ambiente:

Estava a alimentar-se no momento do colapso: 1) não se alimentou desde o nascimento ou 2) quanto tempo antes do colapso se alimentou (horas e minutos)? com aleitamento materno exclusivo? ou 3) estava a alimentar-se no momento do colapso: por amamentação, por biberão, copo, seringa ou sonda nasogástrica?

Que tipos de leite recebeu desde o nascimento?

Houve alguma preocupação com a alimentação antes do colapso?

E. Circunstâncias do colapso

Nas 8 horas prévias ao colapso, a mãe tomou algum fármaco (incluindo medicamentos de venda livre), recebeu analgesia (incluindo anestesia epidural / raquidiana) ou sedação? Se sim, detalhar:

A mãe foi submetida a algum procedimento no momento do colapso, como episiotomia? Se sim, detalhar:

Qual era o grau de fadiga da mãe no momento do colapso (por exemplo, a dormir, sedada, exausta):

O recém-nascido recebeu algum fármaco ou imunização desde o nascimento?

Houve alguma preocupação anterior ao colapso (por exemplo, com respiração, cor, devido a choro, atividade)?

Foi identificado algum defeito congénito antes do colapso?

Anexo (cont.)

MODELO DE HISTÓRIA CLÍNICA

E. Circunstâncias do colapso

Ou algum dos itens seguintes:

a) Icterícia

b) Infeção

c) Hipoglicemia

d) Policitemia

e) Recusa alimentar

f) Outros

Avaliação no momento do colapso:

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Cor:

Tónus:

Detalhes da reanimação após o colapso (incluindo intervalo de tempo até atingir frequência cardíaca >100, até às primeiras respirações, necessidade de VPP/intubação/massagem cardíaca/reanimação/ medicação, lesões observadas, hemorragia oro-nasal):

Nomes, profissão e grau de diferenciação de todos os intervenientes na reanimação:

A reanimação foi bem-sucedida?

Sim: Com transferência para a unidade de cuidados intensivos a (momento):

Não: Óbito antes ou durante a reanimação?

REFERÊNCIAS

1 Calmes, S. H. (2015). Dr. Virginia Apgar and the Apgar score: How the Apgar score came to be. *Anesthesia and Analgesia, 120*(5), 1060-1064.

2 American Academy of Pediatrics Committee on Fetus Newborn, & American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (2015). The Apgar score. *Pediatrics, 136*(4), 819-822.

3 World Health Organization. (2018). *ICD-11 international classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. Geneva: World Health Organization. Accessed May 2019, from https://icd.who.int/browse11/l-m/en

4 Professional Group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse. (2011). *Guidelines for the investigation of newborn infants who suffer a sudden and unexpected postnatal collapse in the first week of life.* London: British Association of Perinatal Medicine.

[5] Feldman-Winter, L., Goldsmith, J. P., Committee on Fetus and Newborn, & Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2016). Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics, 138*(3), e20161889.

[6] World Health Organization. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* Geneva: World Health Organization.

[7] Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso clínico sobre prematuridade tardia.* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Accessed May 2019, from https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf

[8] Polberger, S., & Svenningsen, N. W. (1985). Early neonatal sudden infant death and near death of fullterm infants in maternity wards. *Acta Paediatrica Scandinavica, 74*(6), 861-866.

[9] Becher, J. C., Bhushan, S. S., & Lyon, A. J. (2012). Unexpected collapse in apparently healthy newborns – A prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 97*(1), F30-34.

[10] Monnelly, V., & Becher, J. C. (2018). Sudden unexpected postnatal collapse. *Early Human Development, 126*, 28-31.

[11] Herlenius, E., & Kuhn, P.(2013). Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: A review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Translational Stroke Research, 4*(2), 236-247.

[12] Pires da Silva, S. R. P, Moinho, R., Carvalho, L., Sousa, S., Diogo, L., & Dinis, A. (2018). Sudden unexpected postnatal collapse in skin-to-skin contact. *Saúde Infantil, 40*(2), 76-79.

[13] Dageville, C., Pignol, J., & de Smet, S. (2008). Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: Incidence and risk factors. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 97*(7), 866-869.

[14] Andres, V., Garcia, P., Rimet, Y., Nicaise, C., & Simeoni, U. (2011). Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics, 127*(4), e1073-1076.

[15] Rodriguez-Alarcón Gómez, J., Elorriaga, I. A., Fernández-Llebrez, L., Fernández, A. P., Avellanal, C. U., & Sierra, C. O. (2011). Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología, 54*(2), 55-59.

[16] Weber, M. A., Ashworth, M. T., Risdon, R. A., Brooke, I., Malone, M., & Sebire, N. J. (2009). Sudden unexpected neonatal death in the first week of life: Autopsy findings from a specialist centre. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 22*(5), 398-404.

[17] Grylack, L. J., & Williams, A. D. (1996). Apparent life-threatening events in presumed healthy neonates during the first three days of life. *Pediatrics, 97*(3), 349-351.

[18] Foran, A., Cinnante, C., Groves, A., Azzopardi, D. V., Rutherford, M. A., & Cowan, F. M. (2009). Patterns of brain injury and outcome in term neonates presenting with postnatal collapse. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 94*(3), F168-177.

[19] Poets, A., Urschitz, M. S., Steinfeldt, R., & Poets, C. F. (2012). Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 97*(6), F395-397.

[20] Tsao, P. C., Chang, F. Y., Chen, S. J., Soong, W.-J., Jeng, M.-J., Lee, Y.-S., . . . Tang, R.-B. (2012). Sudden and unexpected and near death during the early neonatal period: A multicenter study. *J Chin Med Assoc, 75*(2), 65-69.

[21] Pejovic, N. J., & Herlenius, E. (2013). Unexpected collapse of healthy newborn infants: Risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 102*(7), 680-688.

[22] Lutz, T. L., Elliott, E. J., & Jeffery, H. E. (2016). Sudden unexplained early neonatal death or collapse: A national surveillance study. *Pediatric Research, 80*(4), 493-498.

[23] Bass, J. L., Gartley, T., Lyczkowski, D. A., & Kleinman, R. (2018). Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014. *The Journal of Paediatrics, 196*, 104-108.

[24] Lehtonen, L., Gimeno, A., Parra-Llorca, A., & Vento, M. (2017). Early neonatal death: A challenge worldwide. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 22*(3), 153-160.

[25] Piumelli, R., Davanzo, R., Nassi, N., Salvatore, S., Arzilli, C., Peruzzi, M., . . . Cutrera, R. (2017). Apparent Life-Threatening Events (ALTE): Italian guidelines. *Italian Journal of Paediatrics, 43*(1), 111.

[26] Ferrarello, D., & Carmichael, T. (2016). Sudden unexpected postnatal collapse of the newborn. *Nursing for Women's Health, 20*(3), 268-275.

[27] Poets, A., Steinfeldt, R., & Poets, C. F. (2011). Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics, 127*(4), e869-873.

[28] Rodriguez, N., Pellerite, M., Hughes, P., Wild, B., Joseph, M., & Hageman, J. R. (2017). An acute event in a newborn. *NeoReviews, 18*(12), e717-720.

[29] Simpson, K. R. (2017). Sudden unexpected postnatal collapse and sudden unexpected infant death. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing, 42*(6), 368.

[30] Thach, B. T. (2014). Deaths and near deaths of healthy newborn infants while bed sharing on maternity wards. *Journal of Perinatology: Official journal of the California Perinatal Association, 34*(4), 275-279.

[31] Rodriguez-Alarcon, J., Melchor, J. C., Linares, A., Aranguren, G., Quintanilla, M., Fernández-Llebrez, L., . . . Rodríguez-Soriano, J. (1994). Early neonatal sudden death or near death syndrome. An epidemiological study of 29 cases. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 83*(7), 704-708.

[32] Peters, C., Becher, J. C., Lyon, A. J., & Midgley, P. C. (2009). Who is blaming the baby? *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 94*(5), F377-378.

[33] Reyes, J. A., Somers, G. R., & Chiasson, D. A. (2018). Sudden unexpected death in neonates: A clinico-pathological Study. *Pediatric and Developmental Pathology: The Official Journal of the Society for Pediatric Pathology and the Paediatric Pathology Society, 21*(6), 528-536.

[34] Fleming, P. J., Blair, P. S., & Pease, A. (2015). Sudden unexpected death in infancy: Aetiology, pathophysiology, epidemiology and prevention in 2015. *Archives of Disease in Childhood, 100*(10), 984-988.

[35] Lavezzi, A. M., Ferrero, S, Paradiso, B., Chamitava, L., Piscioli, F., & Pusiol, T. (2019). Neuropathology of early sudden infant death syndrome-hypoplasia of the pontine kolliker-fuse

nucleus: A possible marker of unexpected collapse during skin-to-skin care. *American Journal of Perinatology, 36*(5), 460-471.

[36] Lavezzi, A. M., Piscioli, F., & Pusiol, T. (2017). Sudden unexpected postnatal collapse at 20 hours from birth during skin-to-skin care related to brainstem developmental alterations – A case report. *Folia Neuropathologica, 55*(3), 235-241.

[37] Task Force on Neonatal Encephalopathy, American College of Obstetricians and Gynecologists. 2014). Executive summary: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. *Obstetrics and Gynecology, 123*(4), 896-901.

[38] Gluckman, P. D., Pinal, C. S., & Gunn, A. J. (2001). Hypoxic-ischemic brain injury in the newborn: Pathophysiology and potential strategies for intervention. *Semin Neonatol, 6*(2), 109-120.

[39] Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2012). *Consenso nacional sobre hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Accessed May 2019, from https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf

[40] Drury, P. P., Bennet, L., & Gunn, A. J. 2010). Mechanisms of hypothermic neuroprotection. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 15*(5), 287-292.

[41] Tagin, M. A., Woolcott, C. G., Vincer, M. J., Whyte, R. K., & Stinson, D. A. (2012). Hypothermia for neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: An updated systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med, 166*(6), 558-566.

[42] Filippi, L., Laudani, E., Tubili, F., Calvani, M., Bartolini, I., & Donzelli, G. (2017). Incidence of sudden unexpected postnatal collapse in the therapeutic hypothermia era. *American Journal of Perinatology, 34*(13), 1362-1367.

[43] Laing, I. A., & Freer, Y. (2008). Reorientation of care in the NICU. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 13*(5), 305-309.

[44] Meyer, E. C., Ritholz, M. D., Burns, J. P., & Truog, R. D. (2006). Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: Parents' priorities and recommendations. *Pediatrics, 117*(3), 649-657.

[45] Filiano, J. J., & Kinney, H. C. (1994). A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: The triple-risk model. *Biology of the Neonate, 65*(3-4), 194-197.

[46] Guntheroth, W. G., & Spiers, P. S. (2002). The triple risk hypotheses in sudden infant death syndrome. *Pediatrics, 110*(5), e64.

[47] Trachtenberg, F. L., Haas, E. A., Kinney, H. C., Stanley, C., & Krous, H. F. (2012). Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. *Pediatrics, 129*(4), 630-638.

[48] Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev, 5*, CD003519.

[49] Desmond, M., Franklin, R. R., Vallbona, C., Hill, R. M., Plumb, R., Arnold, H., & Watts, J. (1963). The clinical behavior of the newly born. *The Journal of Pediatrics, 62*(3), 307-325.

[50] Ludington-Hoe, S. M., & Morgan, K. (2014). Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *Newborn Infant Nurs Rev, 14*(1), 28-33.

[51] Davanzo, R., de Cunto, A., Paviotti, G., Travan, L., Inglese, S., Brovedani, P., . . . Demarini, S. (2015). Making the first days of life safer: Preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 31*(1), 47-52.

[52] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics, 138*(5), e20162938.

[53] Scheich, B., & Bingham, D. (2015). Key findings from the AWHONN perinatal staffing data collaborative. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 44*(2), 317-328.

[54] Moore, E. R. A. G., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev, 18*(3).

[55] Colson, S. (2014). Does the mother's posture have a protective role to play during skin-to-skin contact? Research observations and theories. *Clinical Lactation, 5*(2), 41-50.

[56] Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev, 10*, CD003766.

[57] Ludington-Hoe, S. M., Morrison-Wilford, B. L., DiMarco, M., & Lotas, M. (2018). Promoting Newborn Safety Using the RAPPT Assessment and Considering Apgar Criteria: A Quality Improvement Project. *Neonatal Network: NN, 37*(2), 85-95.

[58] The New Zealand College of Midwives, & The Royal Australian and The New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2012). *Observation of mother and baby in the immediate postnatal period: Consensus statements guiding practice*. Manatu Hauora: Ministry of Health of New Zealand. Accessed May 2019 from https://www.health.govt.nz/publication/observation-mother-and-baby-immediate-postnatal-period-consensus-statements-guiding-practice

[59] Entwistle, F. M. (2013). *The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative Standards.* London: UNICEF, UK.

[60] Friedman, F., Jr., Adrouche-Amrani, L., & Holzman, I. R. (2015). Breastfeeding and delivery room neonatal collapse. *Journal of human lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 31*(2), 230-232.

ABSTRACT

Introduction: *Sudden Unexpected Postnatal Collapse can be defined as a cardiorespiratory arrest occurring in apparently healthy newborns during their first seven days of life. Although rare, it is getting attention from the scientific community because of its unexpected character, its association with skin-to-skin contact and specially because it culminates frequently in death or severe sequelae in those who survive. In addition to the physical consequences, it is also associated with psychosocial repercussions on family members and health professionals. 22 cases were registered in Portugal from 2010 until July 2018.*

Objectives: *This bibliographic review aims to present this entity synthetically, as well as potential preventive measures to be applied by Portuguese institutions, similarly to what is already happening in other countries.*

Methodology: *PubMed and PsycINFO databases were used in the searching process. In the absence of specific Medical Subject Heading, the terms "postnatal", "newborn*", "neonatal", "collapse", "sudden", "unexpected" and "sudden unexpected postnatal collapse" were combined. Inclusion criteria were: collapse up to the seventh day of life, newborns of at least 34 weeks of age and apparently healthy newborns at the time of birth. Exclusion criteria were: gestational age less than 34 weeks, previous diagnosis of pathology and/or congenital malformations, fifth minute Apgar less than 8 and collapse after the seventh day of life. The references of the selected articles were cross-searched. Articles that help clarify key topics were also consulted.*

Development: *Its incidence ranges from 2.6 to 133 cases/100 000 live births, the majority occurring during the first 24 hours of life. Between nearly 20% to 50% of the cases have culminated in death. Survivors often develop hypoxic-ischemic encephalopathy. The disfunction of Kölliker-Fuse nucleus might be involved in the physiopathology. Statistically significant risk factors for this collapse are unsupervised skin-to-skin contact and primiparity. Several measures and protocols have been developed in order to prevent the collapse, to manage its occurrence and avoid severe psychosocial consequences in family and health professionals.*

Conclusions: *Epidemiological estimates vary between wide ranges of values and should be interpreted cautiously. New etiological hypotheses have already been proposed for future study. Multiple risk factors seem to be involved. The preventive measures which appear to be most effective include parental education and surveillance of the mother and the baby, at regular intervals and according to a standard protocol.*

Key words: Sudden unexpected postnatal collapse, Skin-to-skin contact, Sudden infant death, Postnatal care, Newborn.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

O(s) autor(es) deve(m) submeter 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/ Dra. Paula Freitas
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt