

A IDENTIDADE DO PEDOPSIQUIATRA

Maria José Gonçalves¹

A identidade do pedopsiquiatra é um tema que me é caro, que faz apelo à minha experiência, e que é da maior importância, numa altura em que a pedopsiquiatria aparece por vezes confundida ou subsidiária de outras especialidades.

A PEDOPSIQUIATRIA EM PORTUGAL: HISTÓRIA

Começarei por descrever brevemente o caminho que a Pedopsiquiatria portuguesa percorreu até aos dias de hoje. Tive como referência o livro de “Memórias de Utopias” de Maria José Vidigal e col. (1999).

Nos seus primórdios, a pedopsiquiatria confundiu-se com as áreas da pedagogia e da reeducação, uma vez que nasceu muito ligada às situações deficitárias da infância, quer sensoriais, quer cognitivas.

Também em relação à Psiquiatria não havia uma distinção clara. Procurava encontrar-se nas crianças os quadros psicopatológicos dos adultos, como a esquizofrenia ou a demência.

Em Portugal, as crianças e adolescentes com problemas mentais eram atendidas nos Dispensários de Higiene Mental, no quadro dos Serviços de Psiquiatria Geral e, em Lisboa, no Dispensário de Higiene Mental Infantil, a funcionar no Instituto Aurélio da Costa Ferreira, instituição que, por sua vez, dependia do Ministério da Educação.

Foi em 1959, que a Ordem dos Médicos pela mão de Vítor Fontes, psiquiatra, professor universitário e pedagogo, criou a Especialidade de Neuropsiquiatria Infantil, designação que apelava a sua causalidade orgânica e neurológica. Vítor Fontes, mantinha contactos com associações congéneres estrangeiras, nomeadamente a Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Profissões Afins, da

¹ Pedopsiquiatra e psicanalista.

A autora escreve de acordo com o antigo acordo ortográfico.

qual veio a ser vice-presidente, trazendo para Portugal os avanços científicos nesta área.

No entanto, apesar de nessa altura, a prática clínica ainda estar muito centrada na causalidade orgânica dos sintomas e nas terapêuticas farmacológica e reeducativa, já começava a esboçar-se uma compreensão etiológica diferente da patologia mental da infância.

Havia evidência da importância dos cuidados maternos precoces no desenvolvimento psicológico da criança, graças aos trabalhos de René Spitz, com a descrição do hospitalismo e da depressão anaclítica e também de John Bowlby com o conceito de vinculação. A descrição por Ana Freud e Dorothy Burlingham das consequências negativas para o desenvolvimento psicológico e cognitivo das crianças devido à sua evacuação e separação dos pais, durante a 2ª guerra mundial, foram cruciais.

Esse reconhecimento tomou forma no IV Congresso de Psiquiatria Infantil, organizado por Vítor Fontes, que se realizou-se em Lisboa em 1958, cujo tema foi a “A carência afectiva na criança dos 6 aos 8 anos”.

Também, as preocupações dos pais e dos professores com as perturbações mentais da infância e da adolescência surgiam relacionados com as dificuldades de aprendizagem e com as perturbações de comportamento, o que levou a incluir uma forte componente psicológica nas equipas de saúde escolar, entretanto extintas.

Na altura, na Europa vivia-se um grande entusiasmo com a psicanálise, o que levou à introdução dos seus conceitos e métodos na prática clínica das instituições psiquiátricas. João dos Santos foi um dos psiquiatras que, no encalço desse movimento, foi para Paris e trabalhou num Centro de Saúde Mental Infantil, no XIII *Arrondissement*, dirigido por Psicanalistas conceituados, como René Diatkine e Serge Lebovici.

Com o regresso de João dos Santos a Portugal, no início dos anos 60 do século XX, inaugurou-se uma nova etapa na definição e organização dos cuidados em saúde mental infantil, que foi revolucionária.

João dos Santos trazia uma visão diferente da prática pedopsiquiátrica, baseada na sua experiência psicanalítica, e com ele, a pedopsiquiatria encontrou um novo caminho. As perspectivas neurológica e nosográfica foram progressivamente substituídas pela perspectiva psicodinâmica e evolutiva, à qual se associou a perspectiva preventiva.

Em 1962, é criado o Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa e mais tarde os Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil do Porto e de Coimbra (CSMIJ), com uma abordagem multidisciplinar das situações clínicas e uma forte implantação comunitária. Os seus objectivos eram a assistência pedopsiquiátrica,

sustentada por uma compreensão psicodinâmica dos sintomas e uma intervenção predominantemente psicoterapêutica, sem descuidar a prevenção das perturbações mentais da criança e do adolescente e a formação de profissionais nesta área.

Os CSMIJ eram constituídos por equipas multidisciplinares, coordenadas por um pedopsiquiatra e integravam enfermeiros especialistas, assistentes sociais, psicólogos clínicos, educadores, terapeutas da fala e da psicomotricidade. Estas equipas centravam a sua atenção, quer no funcionamento intrapsíquico da criança ou do adolescente, quer no meio ambiente em que viviam. Da mesma forma, as intervenções terapêuticas estendiam-se às famílias, à escola e às instituições que acolhiam crianças e jovens.

Na perspectiva preventiva, desenvolveu-se a articulação das valências da saúde mental infantil com os serviços de cuidados primários, centros de saúde, dispensários materno-infantis da Misericórdia. Esta perspectiva vai ao encontro das recomendações da OMS, chamando a atenção para a importância das ações de saúde mental realizadas por profissionais dos cuidados primários em articulação com os serviços de pedopsiquiatria e proporcionando um mais fácil acesso da população a esses cuidados.

Mas só quase 20 anos depois, em 1983, foi criado o Internato Médico da Especialidade de Pedopsiquiatria, com um currículo específico definido pela Ordem dos Médicos, dando acesso à Carreira Hospitalar de Pedopsiquiatria. Até essa altura, os pedopsiquiatras estavam integrados na Especialidade de Psiquiatria.

Este passo foi extremamente importante, porque permitiu uma melhor definição da identidade do pedopsiquiatra e abriu novas perspectivas e um interesse renovado por parte dos jovens médicos em relação à prática da disciplina.

Em 1992, os CSMIJ, que eram serviços extra-hospitalares, constituídos por equipas multidisciplinares, como já referi, com autonomia administrativa, financeira e técnica, que prestavam assistência pedopsiquiátrica às crianças e famílias, em regime de consulta externa, foram extintos e integrados nos hospitais pediátricos ou em serviços de psiquiatria, não sem uma forte contestação dos profissionais da saúde mental infantil. Desde então este movimento de diferenciação da pedopsiquiatria tem vindo a regredir, reformulando a sua metodologia, com base em dois pressupostos, a produtividade e a contenção de custos por um lado, o avanço das neurociências e das terapias cognitivo-comportamentais, por outro.

Mais recentemente, a pediatria começou a chamar a si quadros clínicos que consideram ser da área do desenvolvimento e, desta forma, considerar tendencialmente a pedopsiquiatria como uma sub-especialidade pediátrica. Não por acaso, fui Directora de um Departamento que agora se designa como Especialidade do Serviço de Pediatria.

Nada mais errado do ponto de vista da especificidade da nossa especialidade, quer no objecto de estudo, quer na metodologia, quer nos objectivos terapêuticos. A percepção do pediatra está sobretudo centrada no corpo e nas suas manifestações, mas os aspectos psicopatológicos necessitam uma preparação específica para a compreensão da sua génese, multi-factorial, para a observação e compreensão dos sinais e para uma intervenção terapêutica diferenciada.

A ESPECIALIDADE DE PEDOPSIQUIATRIA: DEFINIÇÃO

Em primeiro lugar, o objecto de estudo da pedopsiquiatria é o desenvolvimento psico-afectivo da criança e do jovem e as suas perturbações. Os seus objectivos são, como em todas as especialidades médicas, o diagnóstico e o tratamento das perturbações psicológicas da criança. Acresce a estes objectivos, a vertente preventiva.

No início, o que definiu o arranque da disciplina é decorrente dos trabalhos dos seus fundadores (R. Spitz, J. Bowlby, M. Mahler, A. Freud) e baseia-se em 3 eixos:

- Um método próprio: a observação directa da criança e a criação duma nova semiologia.
- Uma nosografia própria: caracterização de quadros clínicos específicos da infância com características diferentes dos quadros clínicos dos adultos.
- Um novo olhar sobre a etiologia, ou seja uma perspectiva genética e evolutiva dos sintomas e uma perspectiva psico-dinâmica.

Vejamos então em que é que se distingue a actuação do pedopsiquiatra e qual é a sua marca identitária.

Para mim, há três aspectos específicos que definem a intervenção pedopsiquiátrica.

- A natureza da intervenção
- O tempo da intervenção
- A multidisciplinaridade

A NATUREZA DA INTERVENÇÃO

Em primeiro lugar, o que caracteriza a natureza da intervenção do pedopsiquiatra é a sua dimensão psicoterapêutica, qualquer que seja o seu formato: primeiro contacto, avaliação diagnóstica, intervenções terapêuticas, desde as

consultas de aconselhamento, de apoio, de vigilância, familiares ou farmacológicas, até a todas as intervenções durante os internamentos.

Um pedopsiquiatra que não seja psicoterapeuta não é pedopsiquiatra, dizia Coimbra de Matos. Segundo este autor, aceitar simplesmente o sintoma, enquanto tal, é aceitar organizar a doença, e eu acrescento, é negar a sua historicidade e o contexto de vida, e no fim de contas é negar o que cada um de nós tem mais identitário. Os sintomas não são elementos estáticos, não dependem exclusivamente duma disfunção neuro-biológica, mas estão inseridos na história da criança ou do jovem, da família, nas circunstâncias de vida, mas também na história do imaginário familiar, nas expectativas, na representação mental que as crianças fazem dos adultos, dos pais em particular e a representação que os pais, professores têm da criança. Portanto, os sintomas manifestam-se no interior dum processo do desenvolvimento da criança, adquirindo vários significados consoante a fase evolutiva, mas também no interior do diálogo pais-criança, em que a expectativas dos pais podem não estar afinadas com as capacidades ou necessidades dos filhos.

Os sintomas, em última análise, surgem como uma forma de comunicação, de alerta, porque aparecem como sinal de um sofrimento psíquico que não encontrou outra forma de se manifestar.

E o que é a dimensão psicoterapêutica? A dimensão psicoterapêutica assenta na qualidade da escuta do pedopsiquiatra. É a qualidade da escuta do pedopsiquiatra que torna a sua intervenção diferenciada das outras especialidades pediátricas.

É uma escuta que se baseia na capacidade de estabelecer uma “concordância emocional “com o estado de espírito dos pacientes ou dos pais, sem perder a sua identidade pessoal, a que Coimbra de Matos chama “afinação afectiva”.

Os sintomas, em última análise, surgem como uma forma de comunicação, de alerta, porque aparecem como sinal de um sofrimento psíquico que não encontrou outra forma de se manifestar.

É uma escuta que implica, não só entrar em contacto com a subjectividade das crianças e dos pais, uma escuta empática, mas também implica uma atitude mental activa, interrogativa, sobre o significado e a origem da queixa, do sintoma, da sua história, abrindo aos pais e à criança a possibilidade de terem um novo olhar sobre o sintoma, sobre as relações, sobre as expectativas, tornando parceiros activos no processo diagnóstico e terapêutico, tornando-os agentes de mudança.

Assim, a narrativa adquire compreensibilidade, significado, no contexto das circunstâncias de vida da criança e do seu funcionamento interno e permite encontrar a resposta que pode ser transformadora.

Em pedopsiquiatria, as narrativas são muito mais que um elencar de queixas ou de sintomas são uma forma privilegiada de entender a linguagem do sintoma,

de encontrar um sentido para o que parecem ser as vivências disruptivas do bem-estar psíquico da criança.

Um requisito para que essa atitude clínica seja possível, é que o próprio pedopsiquiatra tenha interesse e curiosidade pela sua vida psíquica, pela sua subjectividade, num movimento de auto-questionamento. Só com essa experiência pessoal, o pedopsiquiatra se pode interessar pela subjectividade do outro e compreendê-la.

Outros aspectos importantes são a capacidade de aceitar a incerteza inerente ao processo, de ter dúvidas, a que, por extensão do termo do poeta inglês John Keats, Bion chamou a capacidade negativa, mas também a capacidade de aceitar a frustração e de falhar os objectivos terapêuticos.

De facto, o pedopsiquiatra não tem a solução na mão. Constrói-a com a criança, com a família e com as valências comunitárias e educativas.

O TEMPO DA INTERVENÇÃO

O tempo das intervenções pedopsiquiátricas não se mede pelo tempo das outras especialidades pediátricas.

Fazer uma receita é rápido e por vezes mesmo necessário. Mas essa decisão inscreve-se num processo psicoterapêutico que precisa de tempo. Tempo para ouvir, tempo para compreender, tempo para estabelecer a relação terapêutica. Mesmo a prescrição farmacológica necessita dum clima de confiança e da chamada aliança terapêutica, indispensáveis à mudança.

Mas também o tempo do olhar do terceiro. A subjectividade da intervenção pedopsiquiátrica exige um momento de reflexão, de discussão, a que nós chamamos supervisão por um lado e, por outro, requer a discussão multidisciplinar para que cada criança ou adolescente tenha o melhor tratamento possível. Estes dois tempos são absolutamente essenciais para uma adequação das intervenções à especificidade de cada caso e também para o nosso aperfeiçoamento profissional.

Não podemos esquecer a influência que a nossa subjectividade pode ter nas nossas avaliações e há um trabalho importante a fazer sobre a forma como nos posicionamos em relação aos pais e em relação à criança. É a intervenção dum terceiro olhar que é preciosa para a equidistância que nos permite olhar o quadro clínico da forma mais correcta e eficaz.

A discussão no interior das equipas multidisciplinares é importantíssima para podermos integrar as contribuições de todos os membros da equipa envolvidos,

mas também para desenvolvermos uma base comum de entendimento e de objectivos.

Mas cada vez mais o tempo necessário para essa construção é retirado em prol da produtividade, e é esse mesmo tempo que retira a necessária qualidade do trabalho do pedopsiquiatra e o massifica.

Temos ainda um 3º pilar da intervenção do pedopsiquiatra.

A MULTIDISCIPLINARIDADE

Há 2 patamares em relação à multidisciplinaridade.

Um patamar é a equipa multidisciplinar de que o psiquiatra faz parte e integra ou deve integrar, psicólogos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais; o outro patamar é a articulação com serviços-chave da comunidade que lidam com crianças: as escolas, as comissões de protecção de menores, os centros de saúde, e até as autarquias, uma vez que sabemos que a maioria da população que consulta a rede pública e social de cuidados de saúde sofre de graves carências familiares e económicas, bem como de dificuldades de aprendizagem e comportamentais.

O trabalho multidisciplinar no seio da equipa, caracteriza-se pela integração e aceitação do olhar dos diferentes profissionais num objectivo comum. A não hierarquização de saberes obriga a um grau elevado de responsabilidade, mas também de liderança, que deverá caber ao pedopsiquiatra.

Para concluir diria que o que acabei de referir parece uma utopia e está nos antípodas do que hoje é exigido aos pedopsiquiatras, pela escassez de recursos e pela negação da especificidade do trabalho clínico.

Na verdade, quando fui directora do então Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência num hospital terciário, foram várias algumas das coisas me fizeram sentir: que a nossa profissão é cara, em termos de recursos humanos e de tempo e de algum modo, redundante. Passar uma receita ou ligar um aparelho é muito mais barato.

Uma coisa eu aprendi: se não afirmarmos a nossa identidade dialogando de igual para igual, não encontraremos interlocutores institucionais que nos facultem os meios para exercer dignamente a profissão.

Naquela altura, ainda se conseguiu algum espaço de diálogo e foi possível abrir um Internamento pedopsiquiátrico, mantendo as equipas extra-hospitalares.

Cada vez mais, precisamos de nos mostrar, de intervir na comunidade médica, de nos afirmar também na sociedade civil.

E é este o legado que vos deixo.