

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 47

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETORA

Teresa Goldschmidt

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata
 Carla Maia
 Catarina Cordovil
 Catarina Santos
 Graça Milheiro
 Joana Saraiva
 Maria do Carmo Santos
 Neide Urbano
 Nuno Farela
 Otilia Queirós
 Paula Vilarica
 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

Catarina Baptista
 E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Teresa Goldschmidt p. 5

ARTIGOS

Viagem por diferentes culturas para intervir
 na primeira infância
*Beatriz Cerqueira da Silva, Cecília Pedro,
 & Graça Fernandes* p. 7

Corpo e construção da identidade: Psicodrama
Filipa Martins Silva p. 21

O corpo ao serviço da construção da identidade,
 através dos papéis ocupacionais
Mafalda Correia p. 29

A identidade do pedopsiquiatra
Maria José Gonçalves p. 33

Crescer em pedopsiquiatria –
 O percurso identitário de um interno
Pedro Marques & Vânia Martins p. 41

Identidade(s) da pedopsiquiatria:
 O papel da ordem dos médicos
 A casa e a pedopsiquiatria:
 A longa viagem até itaca!
Pedro Pires p. 49

A pedopsiquiatria
 nos cuidados paliativos pediátricos
Teresa Correia p. 59

Adoção – O primeiro dia do resto da tua vida
Vânia Martins p. 65

Normas de Publicação p. 77

O XXXIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, que se realizou em novembro de 2023, teve como título “Identities em Saúde Mental da Infância e Adolescência”. A relevância do tema e a elevada qualidade das palestras que foram apresentadas levaram à decisão de dedicar um número RPP, de carácter especial¹, a este Encontro da APPIA.

Na Mesa Redonda dedicada à Identidade do Pedopsiquiatria foi apresentada por Maria José Gonçalves uma reflexão notável sobre o que é ser Pedopsiquiatra, uma especialidade com uma metodologia e uma nosografia própria, e uma etiologia conceptualizada numa perspetiva dinâmica e diacrónica. A especificidade da sua intervenção é também marcada por um tempo que é diferente e necessariamente mais longo, pautado pela procura da compreensão da linguagem do sintoma, integrado numa narrativa que expressa as vivências disruptivas do bem-estar psíquico das crianças.

Pedro Marques abordou o tema do percurso identitário de um Interno de Pedopsiquiatria, partindo da “angústia de separação” da medicina mais clássica, tendo como fio condutor as etapas do desenvolvimento de E. Erikson, até ao momento final do internato no qual, após as várias crises, a identidade de pedopsiquiatra está já estabelecida.

Pedro Pires, numa linguagem poética e metafórica, reflete sobre a construção da identidade do pedopsiquiatra em diferentes tempos e contextos, fazendo ainda um percurso sobre a própria história da pedopsiquiatria em Portugal e o papel do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Na Mesa Redonda “Identidade e Doença Crónica” Teresa Correia trouxe uma apresentação centrada na importância da pedopsiquiatria na intervenção em

¹ Os textos foram solicitados aos palestrantes tal como foram apresentados, pelo que não estiveram sujeitos às normas editoriais da RPP.

contexto de doença crônica complexa, pelo seu impacto na identidade e na saúde mental das crianças, e das suas famílias. É salientada a relevância de um olhar holístico e interdisciplinar nesta área de emergente dos cuidados paliativos pediátricos, apoiando as crianças, os seus familiares e os profissionais das equipas de pediatria.

No âmbito da primeira infância Beatriz Cerqueira da Silva, Cecília Pedro e Graça Fernandes apresentaram um estudo epidemiológico realizado na ULS Santo António que evidenciou o maior risco de psicopatologia e atrasos globais de desenvolvimento em bebés e crianças migrantes, expostos a mais fatores de risco psicossocial. Salientaram a importância de compreender as suas necessidades específicas e de ter uma abordagem culturalmente sensível para providenciar cuidados de saúde mental de qualidade.

Vânia Martins traçou um retrato do percurso das crianças vítimas de maus-tratos que são colocadas em acolhimento residencial, no âmbito de processos de promoção e proteção, na excessiva duração destas medidas e no protelamento, por vezes difícil de entender, da tomada de decisão de projetos de vida potencialmente mais ajustados e promotores do desenvolvimento e saúde mental para as crianças, como é o caso da adoção.

Na Mesa Redonda “Corpo e Construção da Identidade” foram abordadas diferentes perspetivas terapêuticas nas quais o Corpo tem uma marcada relevância na construção identitária. Mafalda Correia apresenta uma modalidade de intervenção alicerçada na forma como a criança percebe e age sobre o mundo através do corpo, sendo da maior relevância que o possa fazer de forma ajustada, com um adequado processamento e integração sensorial.

Filipa Martins Silva traça um percurso do Corpo e Construção da Identidade no Psicodrama, através dos protagonistas Corpo, Identidade e Psicodrama, assumindo o Corpo um lugar central enquanto meio para a ação, para a comunicação e o acesso às vivências do indivíduo, e será sobre este corpo psicodramático que poderá construir-se a identidade.

Feita a antevisão desta viagem identitária, fica a satisfação de poder proporcionar aos leitores um reencontro com as apresentações de grande qualidade do XXXIII Encontro Nacional da APPIA.

Teresa Goldschmidt

VIAGEM POR DIFERENTES CULTURAS PARA INTERVIR NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Beatriz Cerqueira da Silva ¹

Cecília Pedro ²

Graça Fernandes ³

RESUMO

O aumento da população migrante em Portugal tem introduzido diversidade cultural crescente nos cuidados de saúde. A migração desencadeia um processo de aculturação que pode ter consequências significativas para o bem-estar psicológico da criança e sua família. O processo de aculturação e fatores stressores psicossociais e ambientais emergem como fatores importantes a ser considerados na avaliação e intervenção. O presente estudo apresenta uma análise das características epidemiológicas e clínicas de crianças filhas de imigrantes avaliadas em primeira consulta de Primeira Infância, entre janeiro de 2022 e junho de 2023, comparando com dados de uma casuística semelhante referente ao período entre junho de 2020 e junho de 2021. Observa-se uma maior prevalência de perturbações do neurodesenvolvimento nesta população, com destaque para a Perturbação do Espectro do Autismo e Atraso Global do Desenvolvimento. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de uma abordagem holística e culturalmente sensível na prestação de cuidados de saúde mental a crianças imigrantes, de forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde mental e garantir intervenções eficazes e adequadas às necessidades das famílias.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o aumento da população migrante em Portugal tem introduzido diversidade cultural crescente nos cuidados de saúde. Dados recentes do Instituto Nacional de Estatística evidenciam a tendência para o aumento do

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS Santo António.

² Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

³ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS Santo António.

número de imigrantes residentes em Portugal. Se, em 2008, se estima que houvesse 20.918 imigrantes a residir em Portugal, em 2023, a estimativa cresce para um valor estimado de 85.760 imigrantes residentes em Portugal⁽¹⁾. Este padrão que se tem vindo a registar em Portugal surge, na verdade, num contexto de uma tendência mundial para a globalização. Nos Estados Unidos da América, em 2020, 25% das crianças eram estrangeiras ou tinham um progenitor estrangeiro⁽²⁾.

A cultura desempenha um papel fundamental na formação da identidade individual, moldando atitudes, valores e comportamentos. A migração desencadeia um processo de aculturação que determina alterações nos padrões culturais dos vários grupos envolvidos⁽³⁾. Assim, ao perspetivarmos a cultura como um dos aspetos fundamentais da identidade do indivíduo, em saúde mental, a multiculturalidade levanta diversas questões: existirão formas de doença mental específicas de determinadas culturas? Em que medida os fatores socioculturais determinam a expressão de doença mental? De facto, a evidência mostra que as diferenças culturais moldam as definições de normalidade e patológico, duração de sintomas necessária para definir impacto da sintomatologia, fenomenologia da doença, bem como o seu curso e resposta ao tratamento⁽⁴⁾.

A migração desencadeia um processo de aculturação, que se define pelo conjunto de alterações psicológicas e culturais que ocorrem quando indivíduos de culturas diferentes contactam entre si⁽⁵⁾. As consequências deste processo estão amplamente relacionadas não só com a proximidade e compatibilidade de valores, normas e atitudes das duas comunidades, mas também com o tipo de relação que se estabelece, que poderá ser pautada por dominância, respeito mútuo ou hostilidade.

Indivíduos em contacto com diferentes culturas podem apresentar alterações psicológicas em diferentes esferas. No domínio afetivo, a aculturação é geradora de stress, o que leva à ativação de diferentes mecanismos de *coping*. Em situações de indivíduos com menos recursos pessoais e baixo suporte social, há maior probabilidade de surgir *acculturative stress*, fenómeno que é mais frequente em indivíduos mais velhos, mulheres e na ausência de suporte social. Por outro lado, verificam-se alterações nos hábitos e rotinas, que se devem à aprendizagem da cultura, nomeadamente da língua, regras, comunicação não verbal e convenções sociais. A nível cognitivo, as questões de identificação social assumem particular relevo, influenciando a forma como o indivíduo se vê a si mesmo e aos outros: “Quem sou eu? A que grupo pertenço?”⁽⁶⁾.

O Modelo de Aculturação proposto por Berry, cuja representação se apresenta em seguida (Figura 1), permite a distinção de quatro tipos de estratégias de aculturação de acordo com a relação entre aquilo que o indivíduo mantém da sua

cultura original e o quanto aderiu à cultura da sociedade em que se encontra⁽⁷⁻⁸⁾, nomeadamente:

- Assimilação: estratégia utilizada quando os indivíduos não desejam manter a sua identidade cultural nativa e procuram uma interação estreita com outras culturas;
- Separação: refere-se a indivíduos que valorizam muito a manutenção da sua cultura nativa e evitam a interação com membros da cultura local;
- Integração: estratégia utilizada por indivíduos com interesse em manter a sua cultura nativa, enquanto interagem diariamente com outros grupos, verificando-se a manutenção da integridade cultural de origem, enquanto procuram, como membros de um grupo etnocultural, participar como parte integrante da rede social mais ampla;
- Marginalização: definida pela pouca possibilidade ou falta de interesse na manutenção cultural e pouco interesse em ter relações com pessoas de outros grupos étnicos, muitas vezes associada a exclusão social ou discriminação.

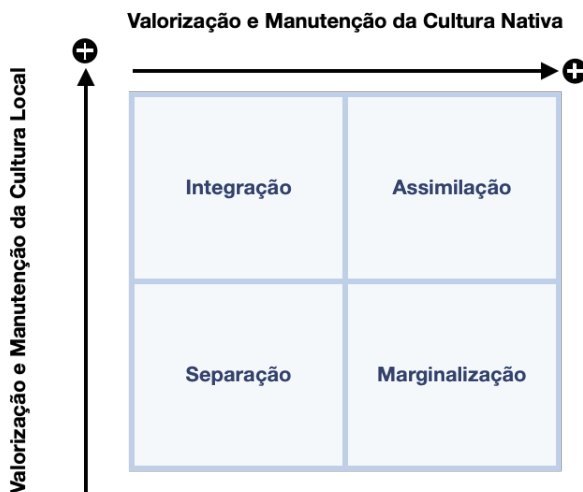


Figura 1. Modelo de aculturação de Berry

Os diferentes *outcomes* descritos dependem da atitude da população migrante, mas também das políticas locais no que respeita à migração. Entre as várias estratégias de aculturação, a *integração* surge como a mais adaptativa, relacionando-se com a aquisição de competências socioculturais que permitem aos indivíduos viver em sociedade, correlacionando-se, deste modo, com bem-estar psicológico, maior satisfação e ganhos em saúde mental. Assim, quando o processo de aculturação ocorre de forma equilibrada, baseado na reciprocidade na relação entre os dois grupos, há um favorecimento da integração dos migrantes⁽⁶⁾.

Na área da saúde mental infantil, a multiculturalidade levanta outras questões importantes. A criança desenvolve-se no contexto das suas relações com os cuidadores principais, que, por sua vez, estão inseridos num contexto cultural específico, que contribui para moldar a forma como se relacionam. As crenças culturais exercem influencia sobre o exercício da parentalidade, já que a cultura determina não só formas de ser e de estar, bem como formas de criar e educar, que se transmitem de geração em geração, frequentemente de forma inconsciente⁽⁹⁾. A aquisição de competências de adaptação cultural é essencial para que a criança tenha sentimento de pertença aos diferentes contextos socioculturais (aquele que herdou e aqueles com que se confronta), permitindo que mantenha a capacidade de interagir em vários contextos. Na verdade, a criança tem em si a capacidade de se adaptar a uma variedade de circunstâncias sociais e culturais diferentes. Através da interação em contextos socioculturais da cultura nativa e da cultura local, desenvolve padrões de interação interpessoal que implicam a aquisição de novas competências de comunicação verbal e não verbal. Ao longo do tempo, o contacto consistente com outras realidades permite que internalize diferentes esquemas culturais e adeque os seus comportamentos às demandas do contexto⁽⁵⁾.

Zeanah et al.⁽⁹⁾ propõem um modelo de abordagem, que denomina ACT, com foco nas interações entre vinculação (Attachment), cultura (culture) e trauma, alertando assim para a importância de considerar a influência do trauma no processo de aculturação. De facto, o trauma vivenciado no seio familiar ou na comunidade, em contextos de grande hostilidade, influencia as crenças culturais do indivíduo e, por conseguinte, a forma como os cuidadores respondem à criança e interagem com ela. Os cuidadores estão conscientes de contextos em que os seus filhos podem ser expostos a fatores adversos, tais como racismo, preconceito, discriminação e segregação, o que acaba por fazer com que tentem preparar a criança para essas eventualidades. Por exemplo, numa situação em que antecipam que os seus filhos podem ser agredidos fisicamente por outras crianças, os pais podem ensinar os seus filhos a responder da mesma forma, contribuindo para uma escalada de violência, manutenção de preconceitos e estereótipos relativos a migrantes.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivos descrever as características epidemiológicas e clínicas de uma amostra de crianças filhas de imigrantes

avaliadas em consulta de Primeira Infância no período entre janeiro de 2022 e junho de 2023, de modo a avaliar o impacto da realidade da imigração e da multiculturalidade na prática clínica em Pedopsiquiatria durante o período considerado. Pretende-se investigar se existem diferenças significativas nos motivos de referenciação e entidades nosológicas observadas, comparativamente com a casuística prévia, estabelecendo paralelismo com a casuística prévia mais recente da consulta de Primeira Infância, que remete para o período entre junho de 2020 e junho de 2021. A discussão dos dados obtidos tem como finalidade refletir sobre as necessidades da população migrante, de modo a melhorar a sua compreensão e prestação de serviços de saúde mental a crianças filhas de imigrantes.

METODOLOGIA

Incluíram-se todas as crianças até aos 3 anos e 364 dias com pelo menos um dos progenitores e cuidadores principais de naturalidade não portuguesa que foram observadas em Primeira Consulta de Pedopsiquiatria – Primeira Infância, no Centro Materno-Infantil do Norte, no período entre janeiro de 2022 e junho de 2023. Foram excluídas todas as crianças que já tinham seguimento nesta Unidade, crianças não abrangidas pelo limite de idades estabelecido e aquelas em que a nacionalidade dos dois progenitores era portuguesa ou desconhecida.

Trata-se de um estudo descritivo para o qual foram consultados os processos clínicos destas crianças, tendo-se elaborado um protocolo para a recolha sistematizada dos seguintes dados sociodemográficos e clínicos: género, idade, motivo de consulta, origem de referenciação, naturalidade da mãe, naturalidade do pai, número de observações total em consulta, classificação diagnóstica segundo os cinco eixos propostos no Manual de Diagnóstico DC: 0-5, número de observações em consulta até ser possível colocar-se um diagnóstico definitivo, perfil de desenvolvimento segundo a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths e avaliação do tipo de vinculação, de acordo com a adaptação do protocolo da Situação do Estranho de Mary Ainsworth, em crianças entre os 12 e os 26 meses. Para tal, procedeu-se a filmagem do momento e posterior discussão em reunião multidisciplinar para classificação do tipo de vinculação. Para a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, foi considerado como normativo o Quociente de Desenvolvimento (QD) entre 88 e 113 valores, e Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) quando QD com valor igual ou inferior a 88.

Foi feita uma breve revisão da literatura, através da pesquisa na base de dados Pubmed dos seguintes termos: “acculturation”, “culture and psychopathology”, “immigration and mental health” e “cultural competence”.

A análise estatística dos dados foi efetuada com o Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

No período considerado, entre janeiro de 2022 e junho de 2023, foram avaliadas 387 crianças em primeira consulta de Primeira Infância de Pedopsiquiatria. Destas, foi obtida uma amostra de 54 crianças (14,0%) cujo pelo menos um dos progenitores e cuidador principal era estrangeiro, com idades compreendidas entre os 3 e os 47 meses. A média das idades à data da primeira consulta foi de 33,6 meses. A maioria destas crianças ($n = 39$, 72,2%) pertenciam ao sexo masculino (Figura 2).

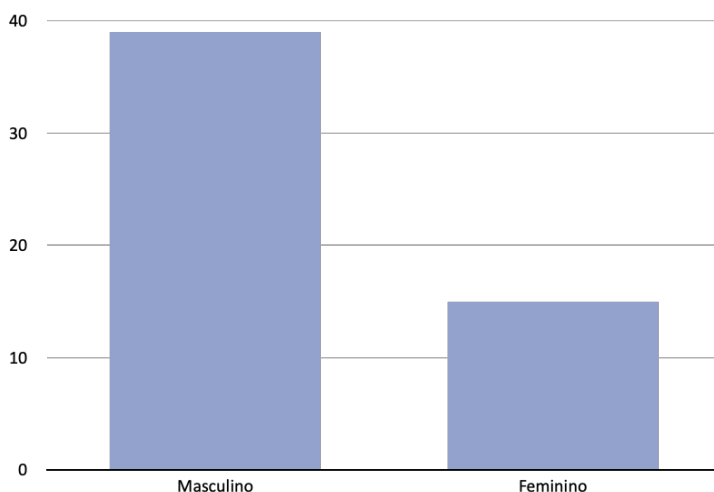


Figura 2. Distribuição da amostra por sexo

Relativamente à *origem de referência*, a maioria das crianças observadas ($n = 43$, 79,6%) foram encaminhadas para Pedopsiquiatria a partir da Consulta Externa de outra especialidade nesta instituição ($n = 39$, 72,2%), 25,9% foram encaminhadas a partir dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ($n = 14$) e 1 criança (1,9%) foi encaminhada a partir da Unidade de Atendimento Urgente de Pedopsiquiatria (SU) (Figura 3).

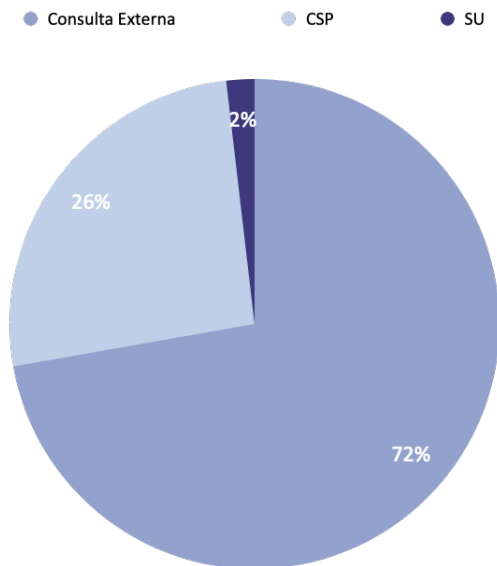


Figura 3. Origem de referência

Relativamente ao *motivo de encaminhamento*, apurou-se que 34 crianças (62,96%) foram encaminhadas por suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), 10 crianças (18,5%) foram encaminhadas por alterações do comportamento, 4 crianças (7,4%) por suspeita de Perturbação de Ansiedade, 3 crianças (5,6%) por dificuldades alimentares e 2 crianças (3,7%) foram encaminhadas por dificuldades relacionais (Figura 4).

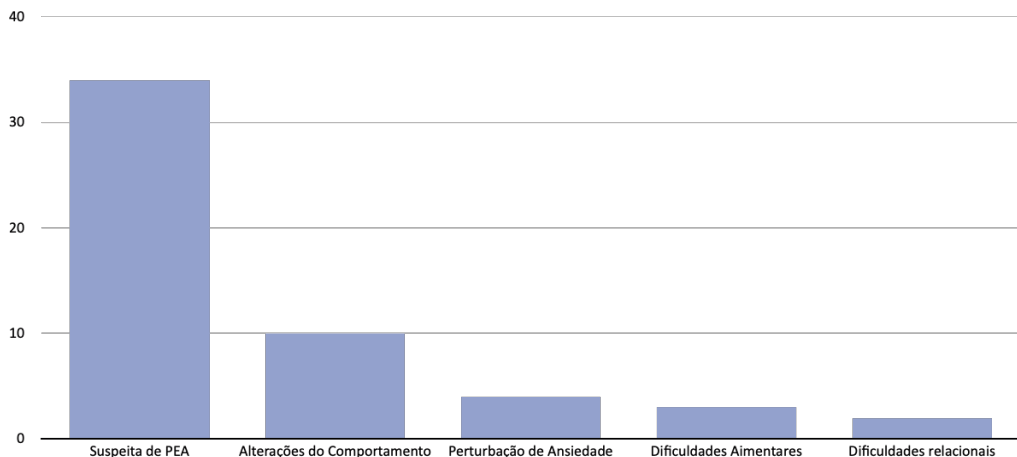


Figura 4. Motivo de encaminhamento

Relativamente à *naturalidade dos pais*, a maioria das crianças observadas ($n = 37$, 68,5%) tem ambos os progenitores de naturalidade não portuguesa. No subgrupo de crianças em que apenas um dos progenitores tem naturalidade não portuguesa ($n = 17$, 31,5%), a situação mais frequentemente encontrada é a mãe ter naturalidade estrangeira e o pai ter naturalidade portuguesa ($n = 23$, 76,5%). Quanto à *naturalidade da mãe* (Figura 5), a mais frequentemente relatada foi brasileira ($n = 24$, 42,6%) e, em seguida, destacaram-se países africanos ($n = 8$, 14,8%), nomeadamente mães naturais de Angola ($n = 4$, 7,41%), São Tomé e Príncipe ($n = 3$, 5,6%) e Marrocos ($n = 1$, 1,9%). No que diz respeito à *naturalidade do pai* (Figura 6), as mais frequentemente apuradas foram a portuguesa ($n = 13$, 24,1%) e a brasileira 29,6 (%) ($n = 13$, 24,1%).

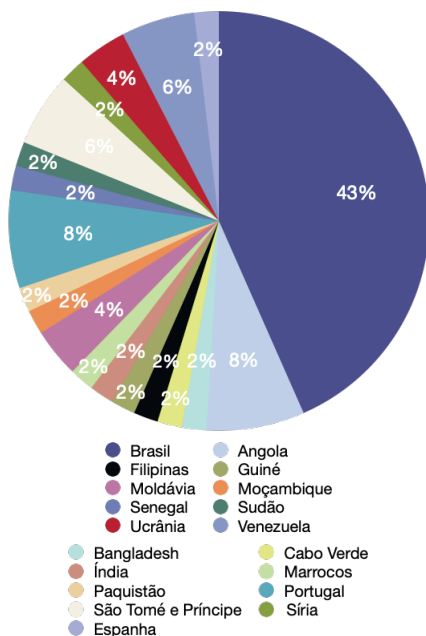


Figura 5. Naturalidade da mãe

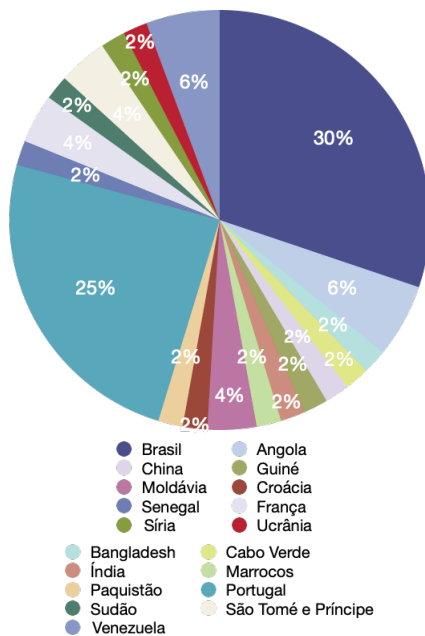


Figura 6. Naturalidade do pai

Quanto à classificação dos quadros clínicos das crianças observadas no *Eixo I (Perturbações Clínicas) da DC: 0-5*, em 51 crianças (94,4%) apuraram-se sinais de psicopatologia compatível com diagnóstico no Eixo I. As restantes ($n = 3$, 5,6%) não cumpriam critérios de diagnóstico para qualquer condição clínica.

Na subamostra de crianças com quadros de Perturbação de Saúde Mental ($n = 51$, 94,4%), podem distinguir-se dois grupos: o primeiro ($n = 33$, 64,7%) corresponde a crianças que cumpriam critérios de diagnóstico definitivo de uma

ou mais Perturbações Clínicas no Eixo I; o segundo ($n = 18, 35,3\%$) refere-se a crianças em que o diagnóstico ainda estava em esclarecimento.

No subgrupo de crianças com diagnóstico definitivo de Perturbação Clínica no Eixo I ($n = 33, 64,7\%$), foram realizadas, em média, 4,1 observações em consulta até o diagnóstico no Eixo I estar estabelecido. Destacaram-se as Perturbações do Neurodesenvolvimento ($n = 32, 97,0\%$), de entre as quais a maioria tinha diagnóstico de PEA comórbida com AGD ($n = 22, 66,7\%$). Além disso, destacaram-se ainda os diagnósticos de Perturbação do Processamento Sensorial (PPS) e Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem (PDL). Na Figura 7, encontram-se os dados referentes à classificação no Eixo I.

Classificação no Eixo I		Valor absoluto
Perturbação do Neurodesenvolvimento ($n=32$)	AGD + PEA	22
	AGD	3
	AGD + PPS	3
	PDL	4
Perturbação do Processamento Sensorial		1
Perturbação de Ingestão Alimentar Reduzida		1
Perturbação de Ansiedade		2
Perturbação Obsessivo-compulsiva		1

Figura 7. Classificação no Eixo I da DC: 0-5

Quanto à classificação no *Eixo II*, que remete para o *contexto relacional* da criança, em 40,7% dos casos ($n = 22$), a *adaptação da relação cuidador-criança* foi classificada como nível 2 (Relações com Restrições a Preocupantes), tendo-se verificado que o nível 1 (Relações Bem Adaptadas a Suficientemente Boas) foi a segunda condição mais frequentemente encontrada ($n = 15, 27,8\%$) (Figura 8).

No que diz respeito ao Ambiente de Cuidados e Adaptação da Criança Pequena, foi classificada como nível 2 (Ambientes de Cuidados com Restrições a Preocupantes) em 48,1% dos casos ($n = 26$), tendo-se verificado que o nível 1 (Ambientes de Cuidados Bem Adaptados a Suficientemente Bons) e o nível 3 (Ambientes de Cuidados Prejudicados a Atribulados) foram atribuídos, respetivamente, em 10 casos (18,5%) (Figura 9). De referir que em 8 casos (14,8%) não se encontrou informação relativamente à classificação no Eixo II.

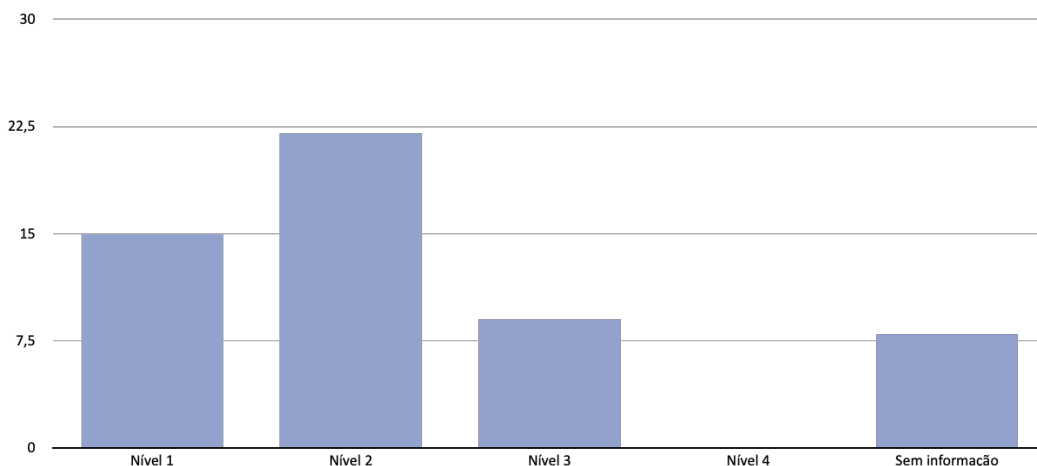


Figura 8. Classificação da adaptação da relação cuidador-criança

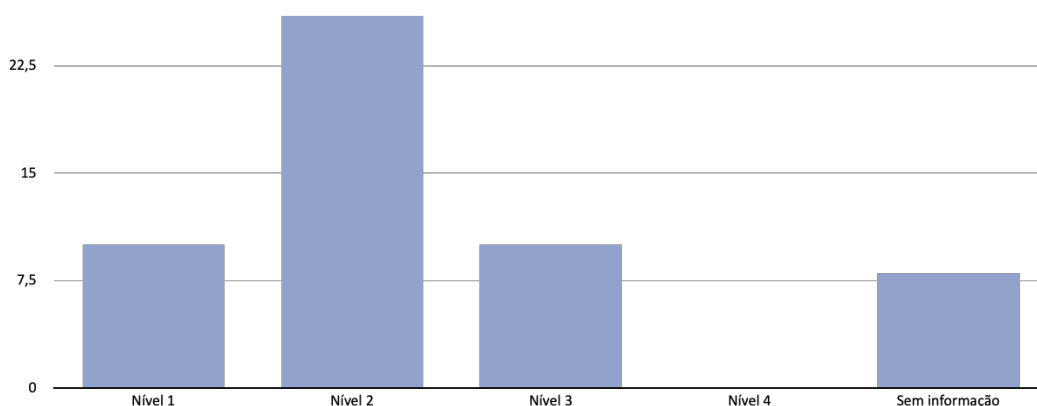


Figura 9. Classificação da adaptação do ambiente de cuidados

Relativamente à classificação no *Eixo IV*, referente aos *stressores psicossociais e ambientais* identificados na criança, os mais frequentemente referidos foram: pandemia por Covid-19 ($n = 54$, 100%), Estatuto de Imigrante ($n = 53$, 98,1%), Aculturação ou conflitos de língua ($n = 21$, 38,9%) e suporte social inadequado ($n = 12$, 22,2%).

Quanto ao *Eixo V*, apenas 10 crianças (18,5%) atingiam as *expectativas desenvolvimentais* para a faixa etária. Da amostra de crianças observadas, a maioria ($n = 33$, 68,5%) fez avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, tendo-se apurado que 27 (81,8%) tinham AGD (correspondente a QD inferior a 88). A média do QD foi de 72,5 pontos percentuais e as subescalas mais afetadas foram as de Desenvolvimento

Pessoal/Social (valor médio de 58,0) e Audição/ Linguagem (valor médio de 63,8).

Foi avaliado o *tipo de vinculação* em 6 casos (11%), através de uma adaptação do Protocolo da Situação do Estranho de Mary Ainsworth. Desta amostra, o tipo de vinculação foi classificado como seguro em 2 casos, inseguro em 2 casos e, nos restantes, não foi possível classificar o tipo de vinculação.

DISCUSSÃO

Em 2021, foi realizado neste Departamento um estudo de caracterização de crianças observadas em primeira consulta de Primeira Infância no período entre junho de 2020 e junho de 2021, o que permite estabelecer uma comparação com a presente amostra. Uma das *limitações* será o facto de a nacionalidade dos cuidadores não ser um dos fatores contemplado na casuística anterior, o que limita a discussão quanto ao impacto real da imigração na prática clínica na consulta de Pedopsiquiatria.

Na presente amostra, a média das idades à data da primeira consulta foi de 33,6 meses, semelhante à do estudo anterior (33,6 meses vs. 30,4 meses). Relativamente ao *motivo de encaminhamento*, apurou-se que 34 crianças (63,0%) foram encaminhadas por suspeita de PEA, valor percentualmente superior ao encontrado na última casuística realizada no serviço (63,0% vs. 48,3%). Os dados apurados quanto ao diagnóstico no Eixo I seguem a mesma tendência, tendo-se apurado maior prevalência de Perturbações do Neurodesenvolvimento no presente estudo quando comparado com a casuística anterior (97,0% vs. 46,9%).

Existe evidência crescente de que filhos de migrantes apresentam maior risco de desenvolver PEA. Muitos estudos relatam um maior risco nessas populações, enquanto outros relatam riscos menores ou iguais. A idade e as circunstâncias de migração parecem desempenhar um papel importante nas desigualdades neurodesenvolvimentais em populações imigrantes. Por exemplo, a migração recente está associada a um maior risco de PEA com baixo funcionamento nos filhos⁽¹⁰⁾. Face a estes resultados, é importante questionar sobre a história do desenvolvimento tendo em conta as variações nas normas culturais, incluindo diferenças nos marcos de desenvolvimento e idade expectável para aquisição de determinados comportamentos de autonomização relacionados com o sono e alimentação⁽⁴⁾. A implementação de triagens padronizadas destinadas à avaliação do desenvolvimento na comunidade (em creches e serviços de saúde) pode desempenhar um papel importante na redução de possíveis desigualdades étnicas

no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, é essencial que os clínicos utilizem procedimentos culturalmente sensíveis, como serviços de tradução e mediadores culturais, para aumentar a acessibilidade e adesão à intervenção terapêutica⁽¹⁰⁾.

Na amostra identificada neste estudo, um número considerável de casos permanece sem diagnóstico esclarecido após várias observações, o que pode estar relacionado com a influência das diferenças culturais nas percepções da etiologia e sintomas das perturbações do neurodesenvolvimento. Uma hipótese levantada é de que a atipia nas interações sociais seja difícil de distinguir das características próprias do processo de aculturação. Estas dificuldades poderão condicionar atraso no diagnóstico e estabelecimento de um plano terapêutico adequado nesta população⁽¹⁰⁾. De referir também que existem diferenças na forma como diferentes culturas expressam as experiências e lidam com o sentimento de *distress*, o que pode dificultar a valorização de sintomas reportados pelos cuidadores aquando da colheita da história clínica⁽⁴⁾.

Na amostra apresentada, verifica-se o diagnóstico de AGD na maioria dos casos, encontrando-se a linguagem muito afetada numa grande percentagem dos casos. Apenas 2 crianças apresentavam Perturbação de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) não enquadrável num atraso global de desenvolvimento. Comparativamente com a casuística anterior, o AGD, na presente amostra, é mais frequente (81,8% *versus* 67,9%). Apesar de existirem poucos dados sobre prevalência de PDL em populações de crianças expostas a duas línguas, a evidência mostra que, em crianças com atraso da linguagem, a exposição a duas línguas, por si só, não coloca as crianças em vantagem ou desvantagem. Pensa-se que as dificuldades apresentadas estarão relacionadas com fatores inatos da criança que interagem com as exigências de aprender uma língua. Durante a avaliação, é essencial perceber se o atraso do desenvolvimento se verifica apenas na linguagem ou se é enquadrável num AGD⁽¹¹⁾.

Relativamente à classificação no *Eixo IV*, referente aos *stressores psicossociais e ambientais* identificados na criança, os mais frequentemente referidos foram: pandemia por Covid-19 ($n = 54$, 100%), Estatuto de Imigrante ($n = 53$, 98,1%), Aculturação ou conflitos de língua ($n = 21$, 38,9%) e suporte social inadequado ($n = 12$, 22,2%). No estudo anterior, quanto à identificação e avaliação de fatores de stress psicossociais e ambientais, 73.9% apresentava algum fator, destacando-se as dificuldades na família ou grupo de suporte primário do bebé/criança pequena (55.6%). A evidência tem demonstrado que os indivíduos migrantes apresentam maior prevalência de eventos de vida negativos, com consequências nefastas na saúde mental⁽⁹⁾, pelo que, na avaliação destas famílias, deve ser considerado o impacto de eventos pré-migração (história de trauma, separação da família, estilo de vida prévio), durante o processo (incerteza associada) e pós-migração (políticas

dos diferentes países no que toca à imigração, alterações nos laços familiares, barreira linguística, dificuldades económicas e preconceito racial no país de destino)⁽⁴⁾. Sublinhamos a importância fundamental do preenchimento deste eixo na anamnese das famílias migrantes, uma vez que se assevera a existência de stressores psicossociais e/ou ambientais.

CONCLUSÃO

A multiculturalidade exige uma abordagem holística e individualizada, incorporando diversos aspetos da identidade (background cultural, estatuto socioeconómico, género, orientação sexual, competências e filiação religiosa). A compreensão das necessidades específicas dos migrantes e abordagem numa perspetiva culturalmente sensível é essencial para fornecer cuidados de saúde mental de qualidade. Existem várias barreiras para a deteção de perturbações do neurodesenvolvimento em crianças imigrantes, o que poderá pôr em causa o acesso aos cuidados de saúde, diagnóstico e intervenção terapêutica. São necessários mais dados que caracterizem os desafios reais enfrentados pelos migrantes em questões de saúde mental, informação fundamental para a melhoria dos cuidados prestados a esta população, aspeto que exige a aplicação de políticas de saúde pública que considerem fatores culturais e socioeconómicos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Pordata. (n.d.). *Imigrantes permanentes: Total e por naturalidade*. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+naturalidade-3256-292173>
- (2) Javier, J. R., Huffman, L. C., Mendoza, F. S., & Wise, P. H. (2010). Children with special health care needs: How immigrant status is related to health care access, health care utilization, and health status. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 567-579. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0487-9>
- (3) Ferguson, G. M. (2013). The big difference a small island can make: How Jamaican adolescents are advancing acculturation science. *Child Development Perspectives*, 7(4), 248-254. <https://doi.org/10.1111/cdep.12051>
- (4) Ang, W. (2017). Bridging culture and psychopathology in mental health care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 263-266. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0922-6>
- (5) Oppedal, B., Keles, S., Cheah, C., & Røysamb, E. (2020). Culture competence and mental health across different immigrant and refugee groups. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8398-1>

- (6) Samand, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472-481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>
- (7) Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Westview.
- (8) Berry, John W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34.
- (9) Zeanah, C., Bakermans-Kranenburg, M., Barton, M., Berens, A., & Bernard, K. (2019). *Handbook of Infant Mental Health* (4th ed.). The Guilford Press.
- (10) Schmengler, H., Cohen, D., Tordjman, S., & Melchior, M. (2021). Autism spectrum and other neurodevelopmental disorders in children of immigrants: A brief review of current evidence and implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 12, e566368. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.566368>
- (11) Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 456-473. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.02.002>

CORPO E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE: PSICODRAMA

Filipa Martins Silva ¹

ANTES DE COMEÇAR...

Importa, acredito, esclarecer o lugar de onde falo, para que aquilo que é a minha perspetiva possa ser devidamente enquadrada no seu contexto, na expectativa de que convocando os meus vieses para esta reflexão, os possamos olhar benignamente, enquanto complementares que convidam à exploração, tornando o pensamento palco para a ação. Ainda antes de começar, porque não, então, concretizar esse princípio psicodramático de que é em contexto que brincamos com o verbo construir: construindo, desconstruindo, reconstruindo? Resta-me senão definir que estas palavras e as que se seguem são de uma pedopsiquiatra em ativa construção para diretora de Psicodrama e que, acima de tudo, tem como verdadeiro o papel de entusiasta desse lugar-comum (no sentido autêntico de comunhão, e não de trivialização habitualmente trazida por esta expressão) que encontrou na Pedopsiquiatria e no Psicodrama.

POR ONDE COMEÇAR?

É certo que o entusiasmo, embora apanágio do “poiético” (e, em certa medida, acredito que também do poético), nem sempre é “organizador” no sentido convencional do termo. Não surpreende, portanto, que, depois do “antes de começar”, me tenha detido sobre a complexidade dos desdobramentos vários da simples questão: “por onde começar?”. E como não raras vezes nestas complexidades de raízes “simples”, depois de várias viagens no lugar, bastou-me precisamente lembrar “o lugar”: se o tema é “Psicodrama” não há como (ou porque) fugir-lhe e não “fazer psicodrama” – há, na verdade, como adiante

¹ Pedopsiquiatra, ULS Santo António, Porto.

melhor se abordará, um certo paradoxo em “falar sobre psicodrama”. Assim sendo, vamos começar por onde se começa em Psicodrama: pelo “Aquecimento”.

AQUECER...

Convido-vos, portanto, a “aquecer”, que não será mais do que convocar cada um dos leitores a sintonizar-se (no sentir e no pensar) com o que será o tema da “sessão de hoje”, o título que dá nome a este texto: “*Corpo e Construção da Identidade – Psicodrama*”. Assim, partiremos de uma música, da qual emergirão os protagonistas desta “sessão”. Convido à escuta e visualização da música e videoclipe (<https://www.youtube.com/watch?v=VoQTtU9qDRY>) seguindo-se também abaixo a transcrição da letra e respetiva tradução para a língua portuguesa⁽¹⁾.

La Deriva

Vetusta Morla

*He tenido tiempo de desdoblarme
Tive tempo para me desdobrar*

*Y ver mi rostro en otras vidas
E ver o meu rosto noutras vidas*

*Ya tiré la piedra al centro del estanque
Já atirei a pedra ao centro da lagoa*

*He escuchado el ritmo de los feriantes
Escutei o ritmo das feiras*

*Poniendo precio a mi agonía
A colocar um preço na minha agonia*

*Familias de erizos en sus manos frías
Famílias de ouriços nas suas mãos frias*

*Habrà que inventarse una salida
Teremos que inventar uma saída*

*Ya no hay timón en la deriva
Já não há leme na deriva*

*Has tenido pulso para engancharme
Tiveste pulso para me pescar*

Alistado en ejércitos suicidas

Alistado em exércitos suicidas

*Me adentré en el bosque y no encontré al vigía
Entreí na floresta e não encontrei o vigia*

*He enterrado cuentos y calendario
Enterrei histórias e calendário*

*Ya cambié el balón por gasolina
Já troquei a bola por gasolina*

*Ha prendido el bosque al incendiar la orilla
Prendeu a floresta ao incendiar a costa*

*Habrà que inventarse una guarida
Teremos que inventar um abrigo*

*No quiero timón en la deriva
Não quero leme na deriva*

*Cada cual que tome sus medidas
Cada qual que tome as suas medidas*

*Hay esperanza en la deriva
Há esperança na deriva*

*Habrà que inventarse una salida
Teremos que inventar uma saída*

*Que el destino no nos tome las medidas
Que o destino não tome as medidas*

*Hay esperanza en la deriva
Há esperança na deriva*

OS PROTAGONISTAS: CORPO, IDENTIDADE, PSICODRAMA

Não surpreende, certamente, que os protagonistas desta sessão, plasmados nesta música e vídeo, sejam o CORPO, a IDENTIDADE e o PSICODRAMA, que serão sucessivamente “chamados ao palco”.

Começemos, assim, pelo *CORPO*. De facto, quer a música, enquanto som e letra, quer o vídeo, apelam muito ao “corpo”: à ideia de fisicalidade. Entre outros, são exemplos disso as imagens sucessivas de corpos em movimento, com abraços e quedas, as várias formas de encontros e desencontros, aproximações e afastamentos; de uma forma muito explícita, o vídeo mostra-nos logo de início uma ida ao dentista, que é, de facto, onde tudo começa: num aspeto corporal concreto, que poderemos imaginar que possa ser de dor (uma “dor corporal”, se quisermos).

Chamado que está o corpo a este palco de palavras, importa apresentá-lo, para que possa ser real e integralmente visto. Este é um corpo que, em Psicodrama, integra necessariamente várias dimensões, a que podemos dar os seguintes nomes: física ou biológica, psicológica ou simbólica e energética ou psicossomática. A *dimensão física ou biológica* diz respeito, de uma forma simples, ao corpo que se movimenta e suporta a atividade sensorial, correspondendo, assim, ao corpo que adoece fisicamente. Por outro lado, a *dimensão psicológica ou simbólica*, refere-se ao corpo, ou partes dele, onde se alojam as representações afetivas, próprias da vivência de cada um; o somático adquire, assim, um significado psíquico próprio de cada indivíduo. Por fim, a *dimensão energética ou psicossomática* resulta da interação entre as duas anteriores: de corpo físico/ biológico e de corpo psicológico/ simbólico; o termo psicossomático reflete precisamente essa ligação entre a *psique* e o *soma*, ainda pouco compreendida⁽²⁾.

Podemos, agora, passar ao nosso segundo protagonista, a *IDENTIDADE*, que também emerge tematicamente da música e do vídeo suprarreferidos, nomeadamente pela ideia veiculada de se procurar testar várias possibilidades (possibilidades de se mover, de fazer), pelo próprio conceito de “deriva” (deriva essa caracterizada por avanços e recuos, sofrimentos vários), e também de procura ativa nessa deriva (procura de uma saída, de um abrigo), estando sempre subjacente uma ideia de construção (refletindo uma ação/ uma escolha sobre o destino).

Segue-se, naturalmente, a pergunta: que identidade é esta que é convidada a juntar-se ao palco? Pode dizer-se que é uma “identidade clássica”, que se faz apresentar pela inveterada definição de Erik Erikson: “*Identidade é a conceção de si mesmo, composta por valores, crenças e metas, e implica o sentimento de se*

ser o mesmo ao longo da vida, de continuidade”⁽³⁾. Portanto, é uma identidade que integra três ideias principais, a destacar: “*conceção de si mesmo*”; “*valores, crenças e metas*”; “*continuidade*”. Importa também trazermos à apresentação desta identidade uma outra figura que se releva no seu estudo: James Marcia. Em particular, sublinhar a importância com que os seus trabalhos revestem as duas dimensões processuais da construção de identidade: por um lado, a *exploração* (descrita, de um modo geral, como o processo de procura e teste/ ensaio de diferentes papéis/ planos/ alternativas de ser, estar e/ou fazer) e, por outro lado, o *investimento/ compromisso* (definido, genericamente, como o grau de implicação/ envolvimento do próprio na ação)⁽⁴⁾.

Por fim, debruçamo-nos sobre o último protagonista: o *PSICODRAMA*, cuja apresentação se segue, percorrendo aquilo que são as suas raízes, a sua estrutura e os seus contextos (de certa maneira, abordaremos também o corpo e a identidade do Psicodrama).

Psicodrama: As raízes

O Psicodrama Moreniano, criado no início do século XX em Viena (Áustria) pelo psiquiatra Jacob Levy Moreno, é um modelo psicoterapêutico de grupo com profundas raízes no teatro, na psicologia e na sociologia⁽⁵⁾. Atribui-se a Moreno a seguinte citação: “[o psicodrama] *Vem do Teatro, mas não é teatro*”. De facto, uma das raízes importantes do Psicodrama é o *Teatro*, cuja definição dispensarei, delegando-a à voz do ‘senso-comum’. Foi deste ‘convencional’ Teatro que nasceu um Teatro que Moreno quis revolucionar, a que chamou *Teatro da Espontaneidade* – de um modo muito geral, trata-se de um ‘teatro sem guião’, em que as falas não estão escritas e não há diferença entre público e atores; o que é encenado depende do que é trazido e abordado naquele dia, em específico, para o teatro - a partir do momento, o teatro é lugar de espontaneidade. Embora falhando no seu ousado propósito de vir a revolucionar o teatro e encetar uma transformação social, o Teatro da Espontaneidade permitiu a Moreno, a partir de determinadas experiências, perceber que algumas das técnicas do teatro, assentes na ação e no uso do corpo, permitiam chegar às vivências mais profundas do sujeito e, também através da ação e do corpo, trabalhá-las⁽⁶⁾. Por conseguinte, e voltando às palavras de Moreno, podemos dizer que o Psicodrama, efetivamente, vem do teatro, mas não é teatro, sobretudo enquanto representação de um papel que não é (d)o próprio. Na verdade, em Psicodrama, não se procuram atores, sendo o propósito exatamente o oposto: a ação visa resgatar o autêntico da pessoa⁽⁷⁾.

Psicodrama: A estrutura

De um modo geral, as sessões de Psicodrama são semanais e seguem uma estrutura em três etapas: Aquecimento, Dramatização e Partilha/ Comentários. O *Aquecimento* é a primeira fase de cada sessão, o lugar de partida, o início; ‘aquece-se’, em geral, falando, sendo o grupo convidado, de modo não diretivo, a abordar situações/ temáticas de foro individual, cuja ressonância no grupo se fará sentir com maior ou menor intensidade; é deste aquecimento, e atendendo quer a fatores individuais, quer grupais, que emergirá o protagonista. Segue-se a fase da *Dramatização*, em que se usa o palco enquanto espaço de ação desse protagonista (veremos melhor adiante a importância desta fase). A sessão acaba com a *Partilha*, onde, de forma metafórica, o grupo “se despe”, isto é, depois de um protagonista se ter “generosamente despido e mostrado em palco”, cada elemento é convidado a partilhar, a partir de si, o que sentiu e como se identificou naquilo que viu, num gesto que concretiza não só um agradecimento, mas é em si também uma oferta (de cada um de si). No final da sessão, “todos se vestem de novo”, e saem para “as suas vidas” (poder-se-ia dizer, ainda, que um dos objetivos terapêuticos, como veremos, seria o de encontrar as roupas que melhor servem à vida de cada um, despindo-se de roupas mal ajustadas e encontrando novas ou renovadas)⁽⁵⁻⁶⁾.

Psicodrama: Contextos

A teoria psicodramática, não dissociada das raízes e refletida também na estrutura, concetualiza a existência de três contextos: social, grupal e dramático. O contexto social, de um modo muito geral, é o mundo relacional, que é também o contexto onde as pessoas “adoecem”. Por sua vez, o contexto grupal diz respeito ao espaço terapêutico do Psicodrama enquanto grupo (em termos de fases da sessão, compreende o Aquecimento e a Partilha); no fundo, trata-se de um espaço que deve assegurar as condições basilares para que se torne terapêutico, isto é, um lugar seguro e propício à relação – para tal, e tratando-se de uma psicoterapia em grupo, aspetos como a confidencialidade, o não julgamento, o compromisso, entre outros, não se restringem à relação entre o indivíduo e o terapeuta, estendendo-se também ao grupo. De facto, a existência de um grupo é um dos grandes aspetos diferenciadores do Psicodrama em relação a outras psicoterapias. No entanto, importa também clarificar que esta não é uma psicoterapia de grupo, mas antes uma psicoterapia individual em grupo, pelo que dirige o seu foco para as particularidades do indivíduo, servindo o grupo propósitos terapêuticos, na exploração dos diversos papéis que os indivíduos assumem na

sua vida, enquanto seres em relação com o mundo e com os outros⁽⁵⁻⁶⁾. Recorrerei, de seguida, às palavras da poetisa Adília Lopes, para ilustrar a importância do grupo no Psicodrama: “Preciso que / me reconheçam / que me digam Olá / e Bom dia / mais que de espelhos / preciso dos outros / para saber / que eu sou eu”⁽⁸⁾.

Por fim, abordaremos o *contexto dramático*. Para verdadeiramente o tentar descrever (assumindo, desde já, que qualquer redução ao plano verbal será uma tentativa), parece-me fundamental voltar à “origem” do Psicodrama, recordando que assenta etimologicamente na ação, provindo do grego: *psyche* = mente e *drama* = ação. De facto, o aspeto central e diferenciador do Psicodrama em relação a outros modelos psicoterapêuticos radica na dramatização das vivências dos indivíduos, isto é, na concretização de experiências humanas, sob uma variedade de condições simuladas (criadas por um conjunto de técnicas e instrumentos específicos a que a equipa terapêutica recorre), com vista à abordagem de dificuldades de natureza relacional e emocional⁽⁶⁾. Uma vez mais, sublinha-se o lugar central da ação e do corpo em Psicodrama. No fundamental, o Psicodrama vai procurar, através do drama/ ação, transformar papéis rudimentares ou estereotipados (que a pessoa tem/ usa no seu contexto social) em papéis espontâneos-criativos. Em palco, durante a dramatização, através dessa ação, procura-se, assim, revitalizar as percepções que a pessoa tem de si própria e das relações, criando sentidos para a participação no mundo. Visa-se, em última instância, o resgate da espontaneidade, isto é, a criação de novos sentidos para a participação no mundo – que o indivíduo volte renovado, mais espontâneo, ao mesmo contexto social, e quiçá o possa transformar, tendo-se transformado^(7,9).

No contexto dramático, realidade e fantasia não se opõem: tudo é realidade e é ainda na realidade que existe fantasia. Este “jogo” entre realidade e fantasia estão também espelhados numa afirmação atribuída a Moreno, em que é clara a sua divergência em relação às ideias e modelo defendido por Freud (ainda que inicialmente não tenha sido assim): “O senhor [Freud] analisa os sonhos deles. Eu começo onde o senhor deixa as coisas. Dou-lhes a coragem de sonharem de novo”. E, uma vez mais, nas palavras de Moreno, o contexto dramático é um “*espaço vivencial que é flexível e multivivencial ao máximo*”. Isto significa que, nesse contexto, tudo é reversível, apesar da concretização. Com as devidas metamorfoses no espaço (recriando e/ou inventando cenários) e no tempo (percorrendo o passado, presente e futuro), os indivíduos podem sonhar e sonhar-se, explorar-se além de falsos papéis; subjaz a ideia (concretizada em palco) de que o indivíduo dotado do que lhe falta/faltou (aquilo que deve “complementar” o ego, permitindo o seu “crescimento” – em Psicodrama o papel assumido frequentemente pelo co-terapeuta, chamado de “ego auxiliar”), pode encontrar-se (um

encontro com/através do Outro; o “eu” e o “outro” enquanto lugares de partida e chegada que se complementam) e, assim, perceber o que lhe falta e tornar-se motor dessa busca ou, porventura, aceitar-se, percebendo-se em busca de algo que não quer ou já tem^(7,9-10).

CORPO, IDENTIDADE, PSICODRAMA – UMA POSSÍVEL DRAMATIZAÇÃO

Como poderemos, feitas que estão as devidas apresentações, relacionar os três protagonistas: Corpo, Identidade e Psicodrama? “Experimentemos” – uma outra palavra de ordem em palco psicodramático. Começemos pelo *Psicodrama*, que sabemos assentar estruturalmente nos três contextos supra descritos, privilegiando, enquanto lugar de verdadeira transformação, a dramatização. Assim, no contexto dramático, o Corpo assume um lugar central, enquanto meio para a ação que, como vimos, funciona como forma de comunicação e de acesso às vivências do indivíduo, assim como veículo de experimentação e de exploração (num espaço de fantasia que é real: sonha-se no concreto, partindo e transformando a corporeidade). Sobre este corpo psicodramático pode então ensaiar-se a *construção de Identidade*, concretizando as dimensões desse processo descritas por Marcia e previamente referidas: em Psicodrama, há *exploração/ experimentação* e, porque há ação, há necessariamente um *investimento/ compromisso*. Por fim, dizer que, em Psicodrama, há palco também para os conceitos de Erikson: o corpo existe enquanto lugar de partida e de chegada, assegurando, assim, a *continuidade* que subjaz à Identidade; além disso, o palco é lugar de ensaio de papéis mais autênticos, que não são mais do que os *valores, metas e crenças*, com os quais a verdade da pessoa se alinha; e, finalmente, é um espaço onde se revitalizam as percepções que a pessoa tem de si própria, renovando, assim, a *conceção de si mesma*.

UMA PARTILHA FINAL

Termino voltando ao início, para partilhar a minha perspetiva do Psicodrama enquanto espaço de deriva e espaço de *esperança*. Ou, talvez, melhor: um espaço em que *há esperança na deriva*. Mas, acima de tudo, um espaço para o resgate de *entusiasmo*, fazendo jus também ao “verdadeiro entusiasmo”, esse que do grego

enthousiasmós designa “inspiração divina”⁽¹¹⁾, espelhando a ideia moreniana de resgate do “Deus-eu” de cada um – o seu eu-espontâneo⁽⁷⁾; e que aqui ousarei chamar de Identidade.

Deixo, por fim, em jeito de homenagem à sua própria Identidade, o epitáfio inscrito na campa de Moreno, onde se pode ler: “(...) *fundador da Sociometria, das Psicoterapias de Grupo, do Psicodrama / O homem que trouxe a alegria e o riso à Psiquiatria*”.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Vetusta Morla. (2017). *La Deriva (Videoclip Oficial)*. <https://youtu.be/VoQTtU9qDRY?feature=shared>
- (2) Fonseca, J. (2008). *Psicodrama da loucura: Correlações entre Buber e Moreno*. Grupo Editorial Summus.
- (3) Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton & Co.
- (4) Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- (5) Pio-Abreu, J.L. (2006). *O modelo do psicodrama Moreniano*. Climepsi Editores.
- (6) Aguiar, M. (1988). *Teatro da anarquia: Um resgate do psicodrama*. Papirus.
- (7) Moreno, J.L. (1934). *Who shall survive?*. Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- (8) Lopes, A. (2002). *Caras baratas*. Ed. Relógio D’ Água.
- (9) Carezzato, M.C. (2008). *O Lugar do corpo no Psicodrama*. DPSedes – Departamento de Psicodrama – Instituto Sedes Sapientiae.
- (10) Watersong, A. (2011). Surplus reality: The magic ingredient in psychodrama. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, 18.
- (11) Porto Editora. *Entusiasmo no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa* [em linha]. Porto Editora. [consult. 2023-07-06 16:08:39]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/entusiasmo>

O CORPO AO SERVIÇO DA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE, ATRAVÉS DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS

Mafalda Correia ¹

*Mãos de artista,
olhos de explorador,
pés de futebolista,
voz de cantor*

Falar de identidade implica falar de *quem sou* e quem sou nasce nas experiências que tenho. Essas experiências para os terapeutas ocupacionais estão alicerçadas nas Ocupações.

A Ocupação é definida como a interação das caraterísticas do indivíduo (volição, habituação e capacidade de desempenho) com o ambiente que a rodeia, como se indica no Quadro de Ocupação.

Quadro de Ocupação		
Volição	Habituação	Capacidade de Desempenho
Motivação de um indivíduo para realizar determinada ocupação, sendo um padrão de pensamentos e sentimentos que este tem acerca de si e do mundo que o rodeia	Processo pelo qual os indivíduos realizam as suas ações e rotinas	Capacidade que o indivíduo tem de fazer coisas

A identidade ocupacional, nasce diretamente do verbo ‘*to be*’ – e é na infância que emerge, vai-se refinando ao longo da vida e reflete as experiências do indivíduo. As experiências acumuladas irão ser matriz dos papéis ocupacionais. As vivências que nascem das escolhas ocupacionais, cada vez mais refinadas, fomentam a noção de competência-eficácia. Esta por sua vez intimamente ligada ao autoconceito e autoestima.

¹ Terapeuta Ocupacional.

Ao experimentar fazer coisas, os interesses, os valores e a causalidade pessoal da criança emergem. Sabemos que a maioria dos hábitos da criança são influenciados pelas rotinas familiares, pela escola e outros cenários ocupacionais. Sabemos também que ao brincar, a criança experimenta-se, ganha experiência, transforma-se... por isso a primeira profissão de todas as crianças, brincador!

Ao interagir com o meio, é expectável que a criança aumente o desejo e a capacidade de procurar novas experiências, que serão a base da sua maestria em ser criança. As crianças estão configuradas para usufruir de atividades que as desafiam a experimentar novas sensações e desenvolver novas competências psicomotoras, pessoais, sociais...

A brincadeira é usada para desenvolver os tijolos que irão alicerçar atividades cada vez mais complexas e maduras. O desenvolvimento das competências da criança, está intimamente ligado à capacidade inata de se divertir nas tarefas que escolhe. Essa diversão, é aos olhos do terapeuta ocupacional, equivalente a integração sensorial.

Grande parte da capacidade de aprendizagem da criança, é a sua habilidade para integrar informação sensorial. Pode parecer que a criança está “só” a brincar, mas está a aprender a aprender. Cabe ao terapeuta graduar a atividade por forma a atingir o *just the right challenge*, com base nas escolhas da criança que são guiadas pelo seu ‘*inner drive*’.

Quando surgem dificuldades na autorregulação e tendo em conta os 4 A’s (alerta, ação, atenção e afeto) importa perceber o que falhou. As respostas adaptativas são a raiz de processos de integração sensorial mais complexos, que serão evidenciadas nas áreas motoras, cognitivas, de linguagem ou socio emocionais. A premissa base é que a criança ao envolver-se em atividades significativas e com propósito, terá maior capacidade de perceber como interagir com o ambiente (físico e social) e impulsionar o desenvolvimento. Desta forma, na desregulação teremos de analisar além da resposta da criança.

É importante reforçar que ao longo da primeira infância as escolhas volitivas das crianças, estão inerentemente ligadas ao mundo dos crescidos e que o ambiente da criança pode facilitar ou limitar a sua participação em ocupações do dia a dia. É impossível pensar a criança de forma isolada, mas é imprescindível ver além da sua realidade plural.

“mãe, pai... olhem o que consigo fazer... olhem para mim”... “olhem tive uma ideia...” tantas e tantas vezes que as crianças com o seu GPS infalível, nos orientam para as suas necessidades... e dessas tantas vezes, outras tantas são barradas pelas crenças, medos e agendas dos adultos.

As escolhas ocupacionais e a formação da identidade, são ponto de partida e de chegada para desenvolvimento de competências, aprendizagem; estão ligadas

a estados emocionais e à organização do comportamento no tempo e espaço. O dia normal de uma criança, deve permitir que ela seja um agente ativo no seu desenvolvimento, se experimente e se organize por forma a adaptar-se à exigência do meio. Desta forma, é importante estabelecer rotinas com equilíbrio ocupacional (produtividade, lazer, avd's...), permitir que a criança experimente vários papéis e que não seja substituída nas tarefas ajustadas à sua real competência.

Partilhamos, profissionais de saúde mental, a angústia de uma sociedade predominantemente frenética e cronologicamente antinatural. Os papéis da criança são sucessivamente esmagados pela agenda académica e familiar. É urgente olhar a infância com olhos de detetive e colocar na prática clínica as palavras, papeis, ocupações, corpo, ação como matriz da identidade.

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.

CRESCER EM PEDOPSIQUIATRIA – O PERCURSO IDENTITÁRIO DE UM INTERNO

Pedro Marques ¹
Vânia Martins ¹

RESUMO

Escrever sobre construir uma identidade como Pedopsiquiatra coloca quase tantos desafios como o próprio processo de desenvolvimento identitário de uma criança ou adolescente. Iniciar um percurso profissional em Pedopsiquiatria é também iniciar um novo percurso identitário, assumir novos papéis, testar novas hipóteses, viver novas angústias e repensar objetivos. Desta forma, este trabalho pretende ser uma reflexão acerca da construção identitária pessoal e profissional de um médico interno de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, e não um guia orientador sobre como ser interno nesta especialidade. Também não pretende oferecer respostas às angústias pelas quais se atravessa neste percurso. Aliás, no final deste trabalho, serão mais as questões levantadas do que as respostas encontradas.

EM BUSCA DE UMA IDENTIDADE...

Angústias ao longo do caminho

A identidade não é algo estático, mas sim um processo evolutivo, em constante construção, um percurso que se inicia e cuja meta pode nunca estar bem definida. E um Interno de Psiquiatria da Infância e da Adolescência a refletir da sua identidade nessa especialidade é, inevitavelmente, um Interno a refletir sobre o seu percurso até entrar no internato, sobre as angústias e dúvidas inerentes à escolha da especialidade, sobre as expectativas e aprendizagens que coleciona ao longo dos anos de internato, e sobre as incertezas e ambições que tem para o seu futuro como Pedopsiquiatra.

¹ Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS de Santo António, Porto.

O primeiro passo em direção à Pedopsiquiatria começa muitas vezes na faculdade (ou antes). Um primeiro passo que é muito inseguro, que corre o risco de ser em falso, dado o pouco contacto com a especialidade que as faculdades de Medicina oferecem no ensino pré-graduado. Após a decisão estar tomada, com o entusiasmo da escolha desta especialidade, surge inevitavelmente uma avalanche de receios. Enfrentar algo mais ou menos desconhecido traz consigo a ansiedade e apreensão, aliada a uma dose considerável de curiosidade, entusiasmo e motivação. O pensamento inunda-se de uma série de dúvidas e uma delas ecoa bem alto: terá sido a escolha certa?

Construir uma identidade como Pedopsiquiatra (ou Interno de Pedopsiquiatria) implica aceitar e abraçar estas angústias, na incerteza de saber se algum dia serão superadas.

Entre as principais inquietações, talvez a que se destaque mais seja a *angústia de separação da Medicina “clássica”* em que nos enraizámos (preconceituosamente) durante os anos de faculdade. Fará parte do processo enquanto internos desta especialidade desconstruir ideias preconcebidas sobre o papel do Médico, o significado das palavras “cuidar” e “terapia”, a relação médico-doente. Implica fazer as pazes com o abandono do estetoscópio e das colheitas de histórias clínicas à cabeceira do doente, do pensamento algorítmico e dos pedidos de exames complementares de diagnósticos.

Assumir um novo percurso profissional e formativo, com um desvio considerável da Medicina até então praticada, gera insegurança. Somos confrontados com a necessidade de estudar conteúdos com que até então nunca ou raramente se tinha contactado, como conceitos e teorias de Psicologia, Psicoterapia e desenvolvimento psicoafectivo, por exemplo. Deste modo, inicia-se um caminho de aceitação e integração de uma nova identidade como Médicos.

Outra das angústias presentes com a entrada na Pedopsiquiatria é saber que teremos de lidar com questões sobre parentalidade. A maioria dos internos que iniciam esta especialidade nunca foram pais e muitos não têm contacto regular com crianças nas suas vidas. Existe uma ideia preconcebida que apenas se conseguiria ser um bom profissional de saúde mental infanto-juvenil se algum dos critérios anteriores for cumprido. “Que legitimidade tenho eu para falar com pais de crianças sobre competências parentais?” era uma questão que muitas vezes colocava no início deste percurso. Contudo, rapidamente esse preconceito é desconstruído.

As fases do desenvolvimento psicossocial do interno de Pedopsiquiatria

Segundo o psicólogo e psicanalista *Erik Erikson*, construir uma identidade implica o desenvolvimento de uma conceção de si mesmo composta por valores, crenças e objetivos com os quais o indivíduo está comprometido. Na década de 50,

Erikson começou a construir a sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, repensando vários conceitos da Teoria do Desenvolvimento Psicosexual de Freud, desviando o foco da sexualidade e pulsões libidinais para as relações sociais. Segundo Erikson, o ser humano é considerado um ser social: o indivíduo vive em grupo e sofre a pressão e a influência deste, num processo de crescimento sequencial. Erikson descreve o impacto da experiência social ao longo do ciclo vital do ser humano, distribuindo o desenvolvimento por oito fases influenciadas numa perspetiva biopsicossocial, durante as quais o ego se vai adaptando aos seus sucessos ou fracassos. Cada fase é definida por dois polos opostos na formação da identidade, resultante do confronto de forças antagónicas, uma positiva (identidade do ego) e outra negativa (difusão de identidade). Em cada uma das fases o indivíduo atravessa uma crise desenvolvimental ou conflito cuja resolução positiva reforçará o ego, enquanto uma resolução negativa fragilizará o ego. Em cada fase, o indivíduo cresce a partir das exigências internas do ego e das exigências do contexto social e cultural em que vive. O desenvolvimento de uma personalidade adaptativa e sensação de competência depende da conclusão bem-sucedida de cada fase⁽¹⁻⁵⁾.

Com isto em mente, é possível fazermos um paralelismo entre as fases do desenvolvimento psicossocial desde a infância até à adolescência com as fases do desenvolvimento do interno nos seus primeiros passos na Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Um interno que cresce e constrói a sua identidade enquanto Pedopsiquiatra durante 5 anos e que não cresce sozinho. Começamos então esta jornada, que embora por vezes atribulada, nunca perde a sua beleza.

A primeira fase: A confiança básica (versus desconfiança)

Quando se inicia o internato de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, o interno recém-chegado a esta especialidade carrega uma série de inseguranças, incertezas e muitas dúvidas. Confronta-se com uma nova realidade profissional, com uma nova forma de fazer Medicina, de observar o doente, de observar famílias e compreender cada nuance e complexidade. E tal como um bebé precisa de um ambiente securizante, consistente e previsível providenciado pelo cuidador, que potencia a sua confiança no outro e no meio, também o interno necessita de desenvolver o seu sentimento de confiança básica durante a adaptação à especialidade com o apoio do seu orientador e colegas mais velhos, que fornecem estrutura, suporte, orientação e contenção das suas angústias. Nesta fase, e tal como um bebé no primeiro ano de vida, o interno do 1º ano de especialidade questiona se os outros estão ou não disponíveis para o guiar nesta nova etapa, se o meio em que está inserido irá satisfazer as suas necessidades, se pode confiar nos outros e qual o seu impacto na sua nova realidade.

Também o conceito da “*mãe suficientemente boa*” introduzido pelo pediatra e psicanalista *Donald Winnicott* pode ser adaptado a esta realidade, reconstruindo-se num “*orientador suficientemente bom*”. De forma a assegurar um bom crescimento profissional, o orientador deve ser capaz de acolher, modelar e guiar o interno num caminho de progressiva autonomização. Tal como Winnicott descrevia que “o potencial inato de uma criança só se pode transformar numa criança se for associado a cuidados maternos” e que estes deveriam ser suficientemente bons, também o potencial inato do interno só pode ser fortalecido se associado a uma orientação suficientemente boa⁽⁶⁾.

A segunda fase: Autonomia vs. vergonha/dúvida

Após a primeira fase de adaptação, começam os primeiros passos em direção a uma maior autonomia e independência. O interno, ainda tímido e inseguro, começa a fazer as suas primeiras consultas, a responsabilizar-se pela orientação dos casos clínicos, fica frente a frente com a criança e a sua família... Como expectável, a construção progressiva desta autonomia associa-se à incerteza e aos receios. Surge então a dúvida: “Consigo fazer as coisas sozinho ou tenho de depender sempre dos outros?”. Este conflito encontra-se presente também nas crianças entre os 18 e 36 meses, altura em que é importante permitir e incentivar a autonomia com que a criança consegue lidar.

Para a construção desta autonomia de forma segura e adaptativa, é importante a consolidação de um *processo de separação-individação saudável* em relação ao orientador – tal como *Margaret Mahler* descrevia ser fundamental entre a criança e o seu cuidador para um desenvolvimento psicoafectivo adaptativo da criança⁽⁷⁾.

Assim, tal como é necessário um ambiente externo/cuidador cuja disponibilidade física e emocional acompanhe as necessidades evolutivas da criança, também o orientador deve ser a figura de suporte que acompanha a evolução do interno, mostrando-se disponível para o guiar neste percurso. Se o interno for encorajado na sua progressiva autonomia, este vai tornar-se mais confiante nas suas competências e decisões, mais seguro para explorar o seu papel enquanto futuro pedopsiquiatra (tal e qual a criança que é apoiada na construção da sua autonomia se sente mais capaz e segura na exploração do meio).

A terceira fase: Iniciativa vs. culpa

Durante esta fase, a criança envolve-se cada vez mais em jogos e interação social com os pares e é o papel dos cuidadores incentivar e apoiar a criança nestas iniciativas como planear atividades, cumprir tarefas e enfrentar desafios. Desta forma, a criança começa a aprender a explorar, tomar iniciativas e a exercer

controle sobre o meio, o que leva a que desenvolva um sentido de propósito. Se os cuidadores não forem capazes de encorajar esta independência nas atividades e interações sociais e forem demasiado críticos, a criança pode sentir-se culpada pelas suas iniciativas.

Continuando no paralelismo com o percurso do interno, à medida que se avança no internato, surge também uma maior determinação, responsabilidade e o desenvolvimento de um sentido de propósito como médico e terapeuta. Há tendencialmente uma maior iniciativa e ansiedade pela expansão intelectual, por desenvolver projetos, pela produção científica e por experimentar diferentes abordagens em consulta. É neste “brincar aos pedopsiquiatras” que o interno vai desenvolver as suas capacidades e competências, permitindo-se a testar e trilhar novos caminhos até encontrar aquele que considera autêntico. Tal como a criança necessita de explorar o meio através do jogo e da interação social para se sentir confiante nas suas competências, também a *exploração do nosso papel enquanto pedopsiquiatras* em formação é importante para desenvolver iniciativa, aprender com o erro, construir autoconfiança e diminuir a culpa e insegurança associada à crítica e ao fracasso.

A quarta fase: Indústria/competência vs. inferioridade

Esta fase ocorre durante a idade escolar, entre os 5 e os 12 anos de idade, sendo um período em que a socialização em contexto escolar e a influência dos pares passa a exercer um efeito preponderante no desenvolvimento da criança, que se começa a comparar com os pares para avaliar as suas competências e os seus valores. Se a criança for apoiada pelo adulto no desenvolvimento das suas competências, esta vai construir um sentido de diligência, eficácia e perseverança. Caso isto não aconteça, a criança pode não ser capaz de demonstrar e consolidar as suas competências e desenvolver sentimentos de inferioridade e inadequação.

Tal como na idade escolar, durante o internato surge a *preocupação com a nossa competência, o nosso sentido de eficácia*. As dúvidas permanecem. “Estamos a fazer tudo bem?” “Somos competentes?” Mas perseveramos e confiamos no *feedback* que recebemos e nos resultados que obtemos. A *socialização com os nossos pares* adquire uma importância cada vez maior, através da partilha e discussão de casos clínicos.

A quinta fase: Identidade vs. confusão identitária

Eis que surge a fase (por vezes temida e conturbada) da adolescência pedopsiquiátrica. É aqui que o interno atravessa uma inevitável crise identitária. De acordo com Erikson, a tarefa mais importante da adolescência é a construção

da identidade. Durante este período, o adolescente deverá construir a sua identidade através da exploração de diferentes papéis, valores, princípios e objetivos. Este processo de busca identitária deve ser sempre enquadrado no contexto social em que o adolescente se insere, sendo que parte deste processo inclui a necessidade de se identificar e pertencer ao grupo. Com o devido suporte na exploração da sua identidade, o adolescente emerge desta crise identitária com o seu sentido de self mais reforçado. Se tal não acontecer, a confusão identitária prevalece, com confusão de papéis e um self mais fragilizado.

Esta etapa também é caracterizada por um período de moratória, entre a infância e a adultícia (Erikson, 1950). A moratória é o período em que a pessoa tem a possibilidade de explorar hipóteses e escolher caminhos, integrando os conhecimentos e experiências para, por fim, comprometer-se com algum deles e ter uma identidade consolidada.

As dúvidas que caracterizam o período da adolescência (“quem sou eu?”, “quem é que quero ser?”, “o que vou fazer com a minha vida?”) são também angústias que um interno de pedopsiquiatria carrega no final do seu internato. *Quem sou eu como pedopsiquiatra? O que vou fazer com a minha vida depois do exame? Que profissional quero ser e como é que eu quero trabalhar?* É nesta fase final que passamos a explorar hipóteses e escolher caminhos profissionais. Tentamos encontrar e consolidar o nosso papel e identidade enquanto pedopsiquiatras, na esperança de que esse processo fique mais consolidado no final do internato. Mas será que esta período de questionamento termina com o internato? Ou faz parte da natureza do Pedopsiquiatra reinventar-se ao longo do tempo e *redescobrir novas camadas da sua identidade?*

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O INÍCIO

Ingressar no internato de formação específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência é mergulhar num processo de redescoberta de uma identidade pessoal e profissional. É assumir e reconhecer dificuldades e fragilidades, redescobrir o que é fazer Medicina e a arte de cuidar. É perceber que o sintoma deixa apenas de ser um sintoma e passa a ter um papel e uma função na vida dos jovens e das suas famílias. É resistir ao papel muitas vezes paternalista, onipotente e de “super-herói” que é muitas vezes incutido no processo de formação de um médico. É redescobrir a infância e reaprender a brincar, a contar histórias, a viver o “faz de conta”. É revisitar a adolescência de um outro prisma, perceber os seus encantos, nuances e desafios, e inspirar-se com as dúvidas,

motivações e esperanças desta fase. E é, sobretudo, manter a capacidade de sonhar, construir, criar e crescer.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Carrey, N. (2010). The two Ericksons: Forgotten concepts and what constitutes an appropriate professional knowledge base in psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(4), 248. [PMC free article] [PubMed]
- (2) Orenstein, G. A., & Lewis, L. (2022). Erikson's stages of psychosocial development. In *StatPearls* (Updated 2022 Nov 7). StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>
- (3) Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & Co.
- (4) Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. WW Norton & Co.
- (5) Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. WW Norton & Co.
- (6) Winnicott, D. W. (1964). Further thoughts on babies as persons. In *The child, the family, and the outside world* (pp. 85-92). Penguin Books. (Original work published 1947)
- (7) Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.

IDENTIDADE(S) DA PEDOPSIQUIATRIA: O PAPEL DA ORDEM DOS MÉDICOS

Pedro Pires ¹

*“Estar em casa
estar a estar
dias e dias”
Quarentena, Adília Lopes⁽¹⁾*

DA CASA DA PEDOPSIQUIATRIA

O desenho é uma produção humana muito valiosa em pedopsiquiatria. Todo o traço, toda a cor, todas as histórias significam a palavra e o pensamento mais genuíno e íntimo. A partir do desenho do cartaz de apresentação do XXXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, em São João da Madeira, é possível criar palavras para serem metáfora do tema da mesa redonda em que se insere esta comunicação: “Identidade da Pedopsiquiatria”.

A autora do cartaz desenhou casas e edifícios aglomerados num espaço comum de uma comunidade. Podemos ver uma aldeia, uma vila, uma cidade ou um sonho sobre uma aldeia, vila ou cidade. Nesta imagem o tempo funde-se e torna-se único pela confluência da representação do passado, através de um castelo, com a representação do presente, os edifícios mais modernos, e o futuro, anunciado por um céu serpenteado por um traço que convida ao imaginário. Em cada janela uma letra da palavra “identidades” como se do somatório do interior de todas as casas se construíssem “identidades”. Salvador Célia, um grande amigo da APPIA, repetia-nos um provérbio africano: “é preciso uma comunidade inteira para educar uma criança”. Neste desenho cabe, afinal, a nossa identidade como pessoas individuais, também a nossa identidade grupal, como a da comunidade dos pedopsiquiatras, ou até uma identidade mais alargada e abstrata como a de um povo, de um país, ou de uma cultura.

¹ Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Membro da Direção do Colégio de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da Ordem dos Médicos (2009-2024). Membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

Podemos afirmar que a nossa identidade se constrói em várias casas. Da casa primeira, o útero materno, até à nossa própria casa interior, há um longo caminho que dura uma vida inteira. Assim, também a identidade do pedopsiquiatra se constrói da casa mãe do internato para a casa própria como especialista. Ao longo da vida, o pedopsiquiatra vai habitando várias casas pedopsiquiátricas reais e imaginárias, mas sobretudo habita em sonhos que nos fazem continuar a ter o sentido de se ser pedopsiquiatra.

E o que pode ser uma casa para se habitar?

Pode-se pensar nesta pergunta a partir das respostas encontradas em reflexões entrecruzadas entre várias áreas do conhecimento. Na obra: “A casa e o mundo”⁽²⁾, um arquiteto, um psicanalista e dois artistas olham para as dimensões infinitas do conceito “casa”, e um filósofo junta-se à discussão olhando para o que outros olharam e escrevendo o seu próprio olhar desse livro⁽³⁾. Num jogo de matrioskas, também o pedopsiquiatra olhando para a casa-desenho da criança que tem à sua frente, olha para a criança que ele próprio foi e é, e ainda para a criança da sua imaginação. Uma casa e afinal tantas casas para se habitar. Para o tema deste texto, uma depuração possível destas duas contribuições, o livro “A casa e o Mundo” e a sua recensão, poder-se-ia escrever pelas seguintes ideias:

- “a casa é uma entidade feminina, a habitação primeira, o lugar da primeira gestação do ser humano. A arquitectónica do sentido, a pedra angular do horizonte humano, portador na sua existência do lugar universal de todo o ser, é a infância”⁽³⁾. Podemos assim dizer, que todos somos portadores da primeira casa. E “morar numa casa e habitá-la, é viver nela, nela ter existência”⁽³⁾;
- “a casa é o espaço das nossas memórias, das nossas lembranças, mas também dos nossos conflitos internos. A casa que mais vem à memória nos nossos sonhos é a nossa casa de infância”⁽²⁾. O pedopsiquiatra tem o privilégio de sonhar com a sua casa da infância através da casa-desenho-sonho da criança que tem à sua frente;
- a essência de uma casa é a intimidade das relações humanas, “a intimidade do interior”⁽²⁾. E “são naturalmente janelas e portas que fazem a fronteira complexa entre dentro e fora”⁽³⁾. Ao que está dentro da nossa casa poderemos chamar de identidade.

DA IDENTIDADE

O conceito de identidade tem sido objeto de estudo transversal a várias áreas do conhecimento que vão além da perspectiva da saúde mental, como na filosofia, sociologia ou antropologia. É um conceito que desde logo, semanticamente, encerra em si uma contradição. Ao mesmo tempo que significa o que é idêntico e igual entre si, também remete para o que é um e único. De facto, todos temos

uma identidade objetiva atribuída socialmente, representada numa certidão de nascimento e num cartão de cidadão. Mas talvez a paradoxalidade do conceito de identidade esteja presente na substituição do termo “bilhete de identidade” por “cartão de cidadão”, como se o que é único em cada um de nós fosse simbolicamente substituído pelo que é comum, o ser-se cidadão. Será mais um sinal dos tempos da nossa contemporaneidade, de uma sociedade líquida, utilizando um pensamento de Zygmunt Bauman⁽⁴⁾ ao se referir à fragilidade das ligações humanas atuais?

A significação que nos ocupa na nossa prática clínica é a de identidade subjetiva⁽⁵⁾, a sentida pelo próprio. Erik Erikson, um dos primeiros autores a fazer referência a este conceito, reflete sobre o lugar da identidade ao longo do ciclo da vida humana. Apresenta-nos um caminho desde os alicerces dos primeiros tempos de vida: *“uma identidade estável do ego não pode começar a existir sem a confiança derivada da primeira etapa oral”*⁽⁶⁾, passando pelo enfoque particular à afirmação e integração da identidade na adolescência: *“a integração que agora tem lugar sob a forma de identidade do ego é mais que a soma das identificações da infância. É a experiência acumulada da capacidade do ego para integrar todas as identificações com as vicissitudes da libido, com as aptidões fundadas nos dotes naturais e com as oportunidades oferecidas nas funções sociais”*⁽⁶⁾, até ao adulto maduro, etapa que designa da integridade do Ego (Erickson, em 1950, descreveu oito etapas de desenvolvimento do ego ao longo da vida: as *“oito idades do homem”*). Uma das ideias revolucionárias trazidas por Erickson à época, e ainda atual, foi a do processo contínuo de construção da identidade e não apenas restrito aos primeiros anos de vida. Numa comunicação, muito tocante porque autobiográfica, intitulada: “Identidade Individual e sentimento de desenraizamento em nosso tempo”, proferida em 1959, Erickson resume a sua contribuição central para este tema: *“o problema fundamental em matéria de identidade individual reside totalmente na capacidade do Ego em assegurar a permanência e continuidade em face dos perigos do destino em mudança. Mas o destino combina sempre as transformações interiores, que resultam da sucessão de estádios do ciclo vital, e as mudanças do meio exterior que constituem a situação histórica. A noção de identidade implica uma certa aptidão para manter os traços essenciais nos processos de mudança”*⁽⁷⁾ (tradução livre).

Ainda nesta linha de pensamento, a identidade como construção não apenas intrapsíquica, mas também num contexto externo relacional e social, Winnicott é um autor que merece a sua referência neste texto. Winnicott utiliza a expressão de “self” para significar a identidade individual⁽⁸⁾, a qual poderia ser definida como o sentimento da “continuidade de ser” (*continuity of being*)⁽⁹⁾. O self

nasceria da separação progressiva da relação simbiótica mãe-bebé (“*there’s no such thing as a infant, (...) the infant and the maternal care together form a unit*”)(9), e em que o processo contínuo da construção da identidade seria o resultado de jogo de identificações cruzadas com o meio que envolve a criança(10). Ainda de outra forma, Winnicott descreve que: “*no decurso do desenvolvimento emocional do indivíduo, chega-se a um estadio no qual se pode dizer que o indivíduo se tornou uma unidade. (...) Este é o estadio do “eu sou”. (...) “Eu sou” tem de preceder “eu faço”*”(10). É, assim, no movimento das relações com o outro que se torna possível ser-se único e individual.

DAS FUNDAÇÕES DA CASA DA PEDOPSIQUIATRIA

O século XX será o século do conhecimento do mundo interno da criança. É sobretudo após a 2ª guerra mundial, e a partir das experiências de perda e separação vividas por muitas crianças, que o estudo da doença mental infantil se expande de forma vertiginosa até aos dias de hoje. A nível mundial podemos afirmar que foi no I Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil (Paris, 1937), que nasceu a especialidade médica de “Psiquiatria Infantil”. Em Portugal os primeiros passos foram dados por Aurélio da Costa Ferreira (1874-1922) através da criação do Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia, em 1914, na altura direccionado para a pedagogia e reeducação de crianças com dificuldades sobretudo a nível cognitivo. Victor Fontes (1895-1974) foi o grande impulsionador da criação da especialidade médica de “neuropsiquiatria infantil” (primeira designação da especialidade) pela Ordem dos Médicos, em 1959, através do Decreto Lei nº 42 346. Victor Fontes trabalhou na transformação do modelo de abordagem médico-pedagógico para a psiquiatria infantil, não só criando as primeiras consultas externas da especialidade como através da divulgação de trabalhos científicos na área da pedopsiquiatria, nomeadamente com a publicação da Revista: “A Criança Portuguesa”, desde 1942 e durante 20 anos. Na década de 40 e 50 as consultas da especialidade estavam integradas em Hospitais Gerais de Psiquiatria: em 1944 é criada a secção infantil do Hospital Júlio de Matos, dirigida por João dos Santos; em Coimbra estabeleceu-se por decreto lei, em 1945, a criação de uma secção para crianças no Hospital Sobral Cid; e no Porto em 1954 foi criado o Instituto Doutor Dias de Almeida, um serviço de “neuropsiquiatria infantil” no Hospital Conde Ferreira. O prestígio de Victor Fontes estendeu-se também a nível internacional tendo sido Vice-presidente e Presidente da “Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Profissões Afins” (conhe-

cida hoje como IACAPAP). Em 1958 organizou em Portugal o IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil sob o tema: “A carência afetiva dos 6 aos 10 anos”. Nesse congresso estiveram presentes grandes nomes da comunidade científica na área da saúde mental infantil, como: Winnicott, Spitz e Lebovici.

No final da sua carreira, 1964, Victor Fontes deixa escrito, como que um testamento profissional do qual todos somos herdeiros: “*Outros virão aumentar, melhorar a Saúde Mental Infantil do meu país e estou seguro de que o Estado aproveitará da experiência de 22 anos de trabalho para continuar a obra que já está em marcha*”⁽¹¹⁾.

DO INTERIOR DA CASA DA PEDOPSIQUIATRIA

A casa autónoma da pedopsiquiatria começa a ser construída nos anos 50-60. Nos anos 40 já se tinha caminhado da médico-pedagogia para a psiquiatria infantil, contudo ainda com forte ligação às estruturas e visão da psiquiatria de adultos. João dos Santos (1913-1987) foi o obreiro da construção de uma nova pedopsiquiatria em Portugal, trazendo uma compreensão psicodinâmica do desenvolvimento da criança e integrando os conhecimentos da psicanálise com os da psicologia e de higiene mental. A abordagem da saúde mental infantil na sua vertente preventiva e numa perspetiva global da criança, são marcas deixadas por João dos Santos que perduram até aos dias de hoje. Em 1969, no “Jornal do Médico”, João dos Santos assinala a solidez da identidade da pedopsiquiatria nestas palavras: “*A psiquiatria infantil encontrou o seu próprio rumo e tornou-se uma técnica de observação e de tratamento que nos permite fazer da Saúde Mental uma disciplina que, como acontece com a Saúde Pública, procura prevenir as perturbações do adulto, a partir da sua ação sobre a criança*”⁽¹²⁾.

Nas décadas seguintes, 70 e 80, é desenvolvido um intenso trabalho reflexivo e pró-ativo junto da Ordem dos Médicos para a criação de um programa de internato da especialidade. Coimbra de Matos (1929-2021) dinamiza este movimento e escreve em 1977: “*acumular estágios independentes não conduz a uma formação unitária e equilibrada do Pedopsiquiatra, nem à constituição de uma especialidade autónoma e de uma identidade própria do especialista (...) devidamente integrados no treino da especialidade nos serviços de Pedopsiquiatria. (...) Temos de preparar profissionais diferenciados e especializados, capazes de orientar programas e estabelecer planos equilibrados, eficientes e económicos, de resolver as situações mais complexas e delicadas, de manter o nível técnico e científico dos serviços, e a continuidade de ensino, de promover o*

desenvolvimento e efetivar a tão desejada investigação”(13). Em 1984 é criado o internato complementar em Pedopsiquiatria na Ordem dos Médicos, sendo Presidente do colégio da especialidade a colega Maria Manuela Mendonça, com programa de internato específico e integrado em serviços de pedopsiquiatria. O nome da especialidade também é alterado de “neuropsiquiatria infantil” para “pedopsiquiatria” e em 1995 para a designação atual, Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Numa tentativa de aproximação do nome da especialidade ao de muitos países europeus, foi proposto pela Direção do Colégio (presidido por Celeste Malpique, Maria de Lourdes de Carvalho Santos e Maria José Vidigal) acrescentar o termo “psicoterapia”. Nessa altura, a Ordem recusou esta proposta, mantendo-se a designação como hoje a conhecemos.

Em 1999 o programa de formação do internato é remodelado, passando de quatro para cinco anos. O programa do internato de pedopsiquiatria português mantém-se como um exemplo único no panorama europeu, pela sua particularidade de ser concebido totalmente independente da psiquiatria geral de adultos. É também reconhecido pelos nossos pares europeus como um programa muito completo e estruturado, nomeadamente no que se refere ao tempo de formação integrado em equipas de pedopsiquiatria, ao sistema de avaliação e à proximidade com os orientadores de formação.

E porque uma casa não é estática e está em constante remodelação, para breve será publicado um novo programa de formação mais atualizado para a realidade presente da pedopsiquiatria.

DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

Os colégios da Especialidade regem-se pelos Estatutos da Ordem Médicos, cuja última alteração decorreu da Lei nº 9/2024, e pelo Regulamento Geral dos Colégios de Especialidade, das Secções de Subespecialidade e dos Colégios de Competências publicado em Diário da República, 2ª Série de 24-10-2024, Regulamento nº 1223/2024.

Os colégios da especialidade e de competência são órgãos técnicos e consultivos da Ordem e integram os médicos qualificados nas diferentes especialidades (artigo 1º do Regulamento). Sobre a sua missão (artigo 4º do Regulamento): *“Os colégios de especialidade, as secções de subespecialidade e os colégios de competências têm como objetivo a valorização e desenvolvimento do conhecimento e exercício da medicina de forma a atingir os padrões mais elevados, para benefício da Saúde dos cidadãos”*.

À Direção do Colégio são endereçados com frequência pedidos de pareceres e esclarecimentos pelos colegas, pelo que se revela pertinente a descrição das competências das Direções de um Colégio explanadas no artigo 17º do Regulamento:

- a) *Promover o estreitamento das relações científicas e profissionais;*
- b) *Zelar pela valorização técnica dos médicos e pela observância relativa à qualificação dos mesmos;*
- c) *Indicar membros para os júris dos exames de especialidades, subespecialidades e competências, que podem integrar também membros da respetiva direção;*
- d) *Fazer-se representar e participar, sempre que convocada, nas reuniões do Conselho Nacional e dos conselhos nacionais consultivos;*
- e) *Emitir pareceres em questões de âmbito nacional ou regional apresentadas pelo Conselho Nacional e pelos Conselhos Regionais respetivamente;*
- f) *Emitir pareceres em questões de âmbito da competência disciplinar destes apresentadas pelos conselhos disciplinares regionais e pelo conselho superior;*
- g) *Emitir pareceres técnicos em questões apresentadas pelos médicos ao Conselho Nacional e aos Conselhos Regionais ou pelas instâncias judiciais ou administrativas;*
- h) *Promover a articulação entre a Ordem e as sociedades científicas médicas;*
- i) *Elaborar os seus regimentos internos e propô-los ao Conselho Nacional;*
- j) *Indicar peritos, de entre os seus pares;*
- k) *Propor o programa de formação da respetiva especialidade, subespecialidade ou competência;*
- l) *Propor a definição e revisão dos critérios para a determinação de idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde.*

DA SECÇÃO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DA UEMS (EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS)

A Direção do Colégio participa ativamente nas atividades da secção de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da UEMS.

A UEMS é uma organização europeia que visa definir e promover standards de qualidade da prática médica em cada especialidade. A sua atividade é muito centrada na formação médica, em particular no internato da especialidade apesar da formação contínua ser um foco de atenção cada vez maior.

Este grupo tem vindo a desenvolver e a atualizar um “*Curriculum Framework for Child and Adolescent Psychiatry*” (última revisão em novembro de 2021),

que aborda de forma genérica, uma vez que é respeitada a especificidade de cada país, quatro tópicos essenciais na formação durante o internato em pedopsiquiatria: (1) princípios essenciais em psiquiatria da infância e adolescência, (2) conhecimento teórico, (3) prática clínica: *skills*, capacidade clínica perante diferentes condições clínicas e diferentes settings de intervenção, (4) profissionalismo em psiquiatria da infância e adolescência.

Neste momento encontra-se em discussão o documento: “*Training Requirements for the Specialty of Child and Adolescent Psychiatry*”. É um texto de recomendações sobre a formação no internato, no sentido de se constituir como um guia das melhores práticas europeias na formação de especialistas. Nesse documento são abordados quatro aspetos: (1) requisitos de formação para os internos, (2) organização do internato, (3) requisitos para os orientadores de formação, 4) requisitos para as instituições de formação.

O tema da existência de um exame europeu de psiquiatria da infância e adolescência, que é já uma realidade nalgumas especialidades, é um enorme desafio na nossa especialidade. Como avaliar, em perguntas de resposta múltipla, o saber em saúde mental da infância e adolescência, em que a par dos conhecimentos teóricos a relação terapêutica é absolutamente fundamental e determinante na nossa prática clínica? O grupo da nossa secção da UEMS tem encetado pequenos passos na direção da construção dessa avaliação europeia. É consensual que será um exame que não substituirá as avaliações nacionais e que, neste momento, não conferiria um grau de especialista a nível europeu, constituindo-se para já como um título optativo e curricular.

DO SÓTÃO DA CASA

Subimos, por fim, ao sótão da casa. O que é um sótão? Para o filósofo Gaston Bachelard “o sótão é o lugar do devaneio, do pensamento livre e imaginativo”⁽¹⁴⁾. E “subir ao sótão é aceder à parte consciente ou pensante. Na verdade, é reconduzir a cave inconsciente ao sótão consciente”⁽³⁾. Chegados ao sótão sonharemos acordados sobre o caminho que já fizemos e que iremos continuar a sonhar. Numa das reuniões da UEMS a nossa colega grega apresentou-me um poema, “Ítaca”⁽¹⁵⁾ do poeta grego Kavafis, que agora proponho que ressoe também dentro de cada um de nós:

*“Quando saíres a caminho de regresso para Ítaca,
Faz votos para que seja longo o caminho,
Cheio de aventuras, cheio de conhecimentos.*

*Deves ter sempre Ítaca na tua mente.
 A chegada ali é o teu destino.
 Mas não apresses em nada a tua viagem.
 É melhor durar muitos anos;
 E já velho fundearas na ilha,
 Rico do que ganhaste no caminho,
 Sem esperares que Ítaca te dê riquezas.
 Ítaca deu-te a bela viagem.
 Sem Ítaca não terias saído ao caminho.
 Mas já não tem para te dar.
 E se um tanto pobre a encontrares, Ítaca não te enganou,
 Sábio como te tornaste, com tanta experiência,
 Já hás de compreender o que significam Ítacas”.*

BIBLIOGRAFIA

- (1) Lopes, A. (2020). *Dias e dias*. Porto Editora.
- (2) Aires Mateus, M., Santos, V., Musa Paradisiaca. (2018). *A casa e o mundo*. Lata edições.
- (3) De Castro Caeiro, A. (2019). A Casa e o mundo. A arquitectónica da psicanálise e o pensamento da arquitectura. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 39(2), 88-93.
- (4) Bauman, Z. (2008). *Amor Líquido*. Relógio D’Água.
- (5) Houzel, D., Emmanuelli M., Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Climepsi Editores.
- (6) Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Zahar Editores.
- (7) Erikson, E. (1971). *Étique et psychanalyse*. Flammarion Éditeur.
- (8) Golse, B. (1988). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. ArtMed.
- (9) Winnicott, D. (1960). The theory of the parent-infant relationship”. *Int. J. Psychoanal*, 411, 586.
- (10) Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago Editora.
- (11) Vidigal, M. J., Queiroz, M. I., Cruz, M. M., dos Santos, M. P., Guapo, M. T. (1999). *Memórias de utopias. Elementos para a história da saúde mental infantil em Portugal*. ISPA – Instituto Universitário.
- (12) Carvalho e Branco, M. Eugénia. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Livros Horizonte.
- (13) Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Climepsi Editores.
- (14) Bachelard, G. (2014). *The poetics of space*. Penguin.
- (15) Kavafis, K. (2023). *Os poemas*. Relógio D’Água.

A PEDOPSIQUIATRIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Teresa Correia ¹

“É uma planta do Saara que vive toda a sua vida num único dia. (...) Esta manhã, às sete horas, regámo-la (...) e pude acompanhar toda a sua existência. Fiquei emocionado. É verdade que é uma flor insignificante e minúscula (...) mas cumpriu rigorosamente a sua missão de planta, como se fosse grande, na nossa presença, durante todo o dia sem parar.”

in “Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa”⁽¹⁾

RESUMO

Artigo de reflexão que pretende clarificar conceitos relacionados com os cuidados paliativos, distanciando-os da visão clássica e redutora de cuidados em fim de vida e, a partir daí, explorar as necessidades do doente pediátrico paliativo e da sua família, abordando o risco de quadros psicopatológicos e enfatizando o papel que a Pedopsiquiatria pode ter no apoio às equipas de cuidados paliativos pediátricos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos pediátricos, Doença crónica complexa, Psicopatologia, Pedopsiquiatria.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por base a comunicação oral “A Pedopsiquiatria nos Cuidados Paliativos Pediátricos” apresentada na mesa “Identidade e Doença Crónica” do

¹ Assistente Hospitalar Graduada na Unidade de Ligação do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ULS de Santo António, Porto.

XXXIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Trata-se de um artigo de reflexão que pretende clarificar conceitos relacionados com os cuidados paliativos distanciando-os da visão clássica e redutora de cuidados em fim de vida e abordar a área emergente em Portugal dos “Cuidados Paliativos Pediátricos”, sensibilizando para as necessidades do doente pediátrico paliativo e da sua família, para o risco de quadros psicopatológicos e para o papel que a Pedopsiquiatria pode ter no apoio às equipas de cuidados paliativos pediátricos.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos Pediátricos como cuidados ativos, totais e integrais das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente e da sua família, que se devem iniciar no momento do diagnóstico de uma doença crónica complexa (limitante ou ameaçadora da vida), podendo ser proporcionados durante tratamentos ativos dirigidos à doença⁽²⁾. Incluem o tratamento dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, o descanso do cuidador e prolongam-se além da morte com acompanhamento/ vigilância do processo de luto. Entende-se como Doença Crónica Complexa (DCC) qualquer situação médica para a qual seja razoável esperar uma duração de, pelo menos, 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja múltiplos sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados e, provavelmente, algum período de internamento num centro médico terciário⁽³⁾.

“Ficaria surpreendido se esta criança não sobrevivesse até ao seu 18º aniversário?” Se a resposta a esta pergunta for “não”, muito provavelmente esta criança/jovem terá necessidades paliativas. Estima-se que, em Portugal, existam mais de 8.000 crianças e jovens com necessidades paliativas⁽⁴⁾ Em março de 2018, a Portaria 66/2018, determinava a constituição de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP) – Pediátricas nas instituições hospitalares do Sistema Nacional de Saúde (SNS) com Serviço ou Departamento de Pediatria. Esta portaria define ainda a constituição da equipa contemplando, no mínimo, profissionais das áreas de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, todos com formação específica em cuidados paliativos⁽⁵⁾.

Desde essa altura, têm vindo a ser criadas EISCP-Pediátricas, existindo neste momento, segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), sete

equipas pediátricas intra-hospitalares reconhecidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)⁽⁴⁾.

O diagnóstico de uma DCC afeta não só o doente como toda a estrutura familiar. Assim, além do doente, pais, irmãos e outros elementos da família poderão necessitar de apoio e cabe à equipa que acompanha o doente responder às necessidades de cada um, promovendo estratégias de coping e incentivando a comunicação⁽⁶⁾. As EIHSCP-Pediátricas permitirão que as necessidades dos doentes pediátricos com DCC sejam melhor aferidas e alvo de intervenções mais estruturadas.

Tendo o “doente pediátrico” idades compreendidas entre os zero e os dezoito anos, torna-se óbvio que as necessidades psicossociais variarão muito em função da fase de desenvolvimento, uma vez que lactentes, crianças e adolescentes são um espectro amplo⁽⁷⁾. Por uma questão prática, a partir daqui o termo “criança(s)” referir-se-á tanto a crianças como a adolescentes e o termo “pais” englobará os progenitores ou outros adultos equiparados.

Nas fases mais precoces do desenvolvimento a intervenção psicossocial centrar-se-á, essencialmente, nos pais e na relação destes com a criança, uma vez que é na relação com estes que a criança se constrói.

A etapa de desenvolvimento em que o doente se encontra deverá orientar a forma como a equipa se lhe dirige, mas não impedir que se estabeleça com este uma comunicação aberta e verdadeira, devendo a doença e o impacto desta no seu quotidiano ser abordada. A DCC poderá acarretar, ao longo do seu curso, restrições a vários níveis, nomeadamente, na alimentação, no nível de atividade física, na vida escolar e social, no processo de autonomização. Pode obrigar a procedimentos invasivos vivenciados como ameaçadores da integridade física. Pode obrigar a internamentos que, só por si, são eventos ansiogénicos que quebram a rotina familiar e obrigam a um ajuste às dinâmicas hospitalares, com perda de autonomia e privacidade. Todos estes fatores podem condicionar a perceção que a criança/jovem tem de si próprio, devendo ser incentivada, junto do próprio e da família, a manutenção de projetos/objetivos que permitam, ainda que parcialmente, recuperar a sensação de controlo e manter as interações sociais^(6,8).

A., 16 anos, doente neuromuscular, totalmente dependente de terceiros. “muitas vezes dói-me a alma... é muito difícil... não sei porque tenho esta doença... se tivesse sido num acidente de carro, pelo menos sabia o motivo... Não sei quem sou, ando a tentar descobrir... o mar ajuda, até do cheiro eu gosto... tenho medo da morte... às vezes imagino que será um sítio sem dores... mas pode não ser... talvez no futuro contrate uma cuidadora...tenho de pensar nisso... os meus pais não vão durar para sempre e eu não quero ir para uma instituição do estado, você sabe como essas são...”

O diagnóstico de uma DCC num filho é um evento potencialmente traumático. É importante a promoção de uma aliança terapêutica da família com a equipa, ajudando os elementos a sentirem-se integrados no processo terapêutico.

O apoio aos pais deve ter em conta que a perceção que cada um deles tem da doença, e a forma como a vivencia, é individual, podendo ser muito distinta, mesmo em casais que co-habitam. À espiral de emoções (medo, raiva, revolta, ansiedade, culpa, tristeza...), aliam-se as dificuldades na gestão do dia-a-dia (sobretudo quando há outros filhos), a situação laboral, a dimensão financeira, o esforço físico dos cuidados, a privação de sono, os objetivos e sonhos a reformular⁽⁸⁾...

A preocupação dos pais com os outros filhos tem, obrigatoriamente, que se estender à equipa. Os irmãos confrontam-se com a atenção que o irmão doente recebe, podendo sentir-se excluídos e sozinhos. Assim, de forma adequada à sua fase de desenvolvimento, é importante que sejam informados sobre a situação do irmão, a doença e os tratamentos e que sejam envolvidos nas dinâmicas hospitalares, devendo ser-lhes permitido, sempre que possível, manter a proximidade do irmão doente e da família, reassegurando o seu lugar no núcleo familiar^(6,8).

B., 20 meses, em fase terminal. O irmão de 6 anos pretende visitá-la. “Só sei que está na parte de trás do Hospital... está com uma máscara para respirar e o coração bate muito devagarinho... como o dos idosos... mas eu não quero que ela morra...” No percurso para o quarto vai questionando entusiasmado: “Já estamos na parte de trás do Hospital?” No quarto, depois de beijar a irmã, explora o local, que conhece das videochamadas, e sussurra “existe mesmo... parecia-me um desenho animado...”

Uma DCC aumenta o risco de perturbação psiquiátrica no doente, mas também nos seus pais e irmãos. O impacto da doença irá depender do contexto de início, do seu curso, do grau de incapacidade que acarreta e do prognóstico, sendo que a sintomatologia sofre oscilações ao longo do curso da doença. As perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress, as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade são as mais comumente descritas tanto no doente como nos pais. Nas crianças, comportamentos de oposição e desafio, assim como desregulação emocional estão também descritos⁽⁹⁾.

Em relação aos pais, Muscara et al. (2015) descreve que, passadas quatro semanas do diagnóstico de uma doença grave, 49 a 54% dos pais cumpriam critérios (DSM IV) para uma Reação Aguda a Stress e 15 a 27% apresentavam sintomatologia ansiosa e depressiva (moderada/severa), sendo que os quadros psicopatológicos se relacionavam mais com fatores psicossociais e subjetivos (como a noção que os pais tinham da doença, do seu impacto e da “ameaça” que

esta representava à vida da criança) do que com fatores objetivos da própria doença⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

De uma forma geral, os psiquiatras têm potencial para contribuir significativamente na área dos cuidados paliativos, dadas as suas competências em comunicação, no reconhecimento e valorização dos aspetos psicossociais nos quadros clínicos e uma melhor compreensão dos desafios de cuidar de pacientes com doenças mentais e físicas comórbidas⁽¹¹⁻¹²⁾. Psiquiatras da Infância e da Adolescência têm um papel importante na área emergente dos cuidados paliativos pediátricos, pela contribuição na abordagem holística do doente. A formação do pedopsiquiatra nas diferentes fases de desenvolvimento, a sua capacidade em reconhecer e gerir descompensações psicopatológicas e dinâmicas familiares, o seu conhecimento em psicofarmacologia e em intervenções psicoterapêuticas, aliados à formação médica de base, permitem-lhe incorporar a complexidade biopsicossocial na avaliação diagnóstica do doente pediátrico (com melhor compreensão do prognóstico) e auxiliar na elaboração de um plano de cuidados abrangente, englobando recomendações terapêuticas e orientações psicossociais⁽¹³⁾.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Schmitt, E. (2013). *Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa*. Lisboa: Marcador.
- (2) WHO. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children> último acesso 25 de abril de 2024
- (3) Lacerda, A. F., Pinto, C., Ferreira, F., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J. E., et al. (2013). Cuidados paliativos pediátricos – Que futuro em Portugal?. In *Reunião: Cuidados paliativos pediátricos: Uma reflexão. Que futuro em Portugal?*. Lisboa. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/Relatorio_Reuniao_Cuidados_Paliativos_Junho%202013.pdf (último acesso 20 de junho de 2024)
- (4) Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. <https://apcp.com.pt/publico-em-geral> (último acesso 15 de junho de 2024)
- (5) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275> (último acesso 15 de junho de 2024)

- (6) Moura, M. J. (2015). Psico-oncologia na infância e no adolescente. In E. Albuquerque & A. S. Cabral (Eds.), *Psico-oncologia temas fundamentais* (1ª ed., pp. 55-63). Lidel.
- (7) Ullrich, C., & Morrison, R. S. (2013). Pediatric paliative care research comes of age: What we stand to learn from children with threatening illness. *Journal of Palliative Medicine*, 16(4), 334-336.
- (8) Moura, M. J. (2017). A psicologia em cuidados paliativos pediátricos. In H. Salazar & M. Paulino (Eds.), *Intervenção psicológica em cuidados paliativos* (1ª ed., pp. 89-103). Pactor.
- (9) Nibras, S., Kentor, R., Masood, Y., Price, K., Schneider, N. M., Tenenbaum, R. B., & Calarge, C. (2022). Psychological and Psychiatric Comorbidities in Youth with Serious Physical Illness. *Children*, 9(7), 1051. <https://doi.org/10.3390/children9071051> (último acesso 20 de junho de 2024)
- (10) Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Burke, K., & Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, 30, 555-561.
- (11) Shalev, D., Nash, S. S., Levenson, J. A., & Shapiro, P. A. (2020). Palliative care training for consultation-liaison psychiatry fellows: A national survey project. *Psychosomatics*, 61, 336-342.
- (12) Prabhakar, A., & MacLean, L. (2022). Interface between psychiatry and palliative medicine. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2, 231-239.
- (13) Buxton, D. (2015). Child and adolescent psychiatry and palliative care. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(10), 791-792.

ADOÇÃO – O PRIMEIRO DIA DO RESTO DA TUA VIDA

Vânia Martins ¹

RESUMO

Este trabalho pretende dar a conhecer as histórias de algumas crianças acompanhadas pela autora ao longo dos anos. Esse será o mote para uma revisão do conceito de adoção, da sua evolução ao longo do tempo e do percurso futuro das crianças adotadas. À luz da teoria da vinculação, reflete-se ainda acerca do impacto da institucionalização prolongada na saúde mental das crianças. Por último, salienta-se a importância do pedopsiquiatra na articulação com o Tribunal e equipas de adoção agindo como voz ativa na defesa dos direitos e do tempo das crianças.

DEFINIÇÃO JURÍDICA E ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Por adoção, segundo o *Artigo 1586 do Código Civil*, defende-se a criação, por sentença judicial, de um vínculo jurídico semelhante ao que resulta da filiação natural entre duas pessoas, independentemente dos laços de sangue.

O conceito de adoção está presente desde muito cedo na história Humana, nomeadamente no *Código de Hamurabi*, escrito em 1770 AC na *Mesopotâmia*⁽¹⁾.

Na Roma Antiga encontramos nova menção no *Codex Justinianus*, parte integrante do “*Corpus Juris Civilis*”, texto fundamental do direito civil romano. Nesta época a adoção de crianças do sexo masculino era relativamente comum, com o objetivo de assegurar a sucessão (inclusive do Imperador) e cimentar laços entre famílias⁽¹⁾.

Com a entrada na *Idade Média*, as culturas germânicas, celtas e eslavas renegaram esta prática romana, levando a que a adoção em famílias nobres praticamente desaparecesse. Na eventualidade da sucessão não poder ser

¹ Assistente hospitalar graduada de pedopsiquiatria; Serviço Infantil, Unidade de 1ª Infância. Departamento de Pedopsiquiatria, ULS Santo António, Porto.

assegurada por laços de sangue, a dinastia no poder seria simplesmente substituída por outra⁽¹⁾.

Isto levou a que apenas crianças abandonadas ou oriundas de meios sociais mais desfavorecidos fossem adotadas. Estas crianças eram muitas vezes deixadas à porta das igrejas sendo posteriormente vendidas ou integradas em mosteiros. Estes poderiam considerar-se como os precursores dos *orfanatos*⁽¹⁾.

Em *Portugal*, a adoção foi regulada nas *Ordens Afonsinas e Manuelinas*, de 1521, com o objetivo de conceder ao adotado a qualidade de herdeiro. Contudo, no *Código de Seabra*, Primeiro Código Civil Português, em vigor de 1867 até 1967, não se contemplava a figura da adoção, que surgiria novamente apenas a partir dessa data⁽²⁾.

Em 1543, através da *Carta Régia*, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ficou responsável por recolher as crianças abandonadas, surgindo então a *roda dos expostos*. As crianças colocadas na roda eram muitas vezes provenientes de famílias de estrato social elevado, cujas mães, por motivos morais ou sociais não as podiam manter. A roda foi extinta em 1870, dado não se ter mostrado eficaz na redução quer das crianças abandonadas, quer da mortalidade infantil⁽²⁾.

Tendo em conta a incapacidade das casas da Misericórdia em acolher todas as crianças, estas começaram a ser entregues a “amas”, geralmente residentes na província, antecessoras das atuais *famílias de acolhimento*⁽²⁾.

Os rapazes seriam educados como aprendizes de artesão ou outras profissões e as raparigas preparadas para o casamento⁽¹⁾.

Algumas crianças, no entanto, permaneciam nas instituições sendo empregues como mão de obra a baixo custo⁽¹⁾.

No Século XIX, os *Estados Unidos da América* foram alvo de um intenso fluxo migratório, o qual, associado à Guerra Civil Americana, levou a um enorme aumento de crianças órfãs, também estas colocadas em famílias de acolhimento, onde eram muitas vezes severamente exploradas. Numa tentativa de colocar um termo a esta situação, o presidente americano Theodore Roosevelt decretou, em 1909, a criação de orfanatos estatais⁽¹⁾.

Como consequência da 1ª e 2ª Guerra Mundiais surgiu novamente um grande fluxo de órfãos, acabando a adoção por ressurgir como forma de acolher estas crianças e passando a mesma a estar regulada nos códigos civis, como o *Adoption of Children Act* no *Reino Unido* em 1920⁽¹⁾.

Esta tendência viu-se reforçada com o aparecimento de estudos científicos que sugeriam que o ato de “criar/educar uma criança”, teria maior impacto do que a genética no seu desenvolvimento pessoal e social⁽¹⁾.

Este modelo americano de adoção, recuperou muitas das características do antigo modelo romano, onde os tradicionais “*poderes parentais*” eram retirados

aos pais biológicos e entregues aos pais adotivos e introduzindo o conceito de “*superior interesse da criança*”, ainda hoje vigente na maioria dos países⁽¹⁾.

VINCULAÇÃO E ADOÇÃO

John Bowlby foi convidado pela Organização Mundial de Saúde, em sequência dos eventos traumáticos da 2ª guerra mundial (crianças órfãs ou enviadas para longe das suas famílias para sua proteção), a investigar os efeitos negativos da privação psicossocial sobre o desenvolvimento cognitivo e sócio emocional das crianças. Estes estudos levaram-no à criação da *Teoria da Vinculação*, hoje amplamente reconhecida como pilar do desenvolvimento emocional e relacional saudável do indivíduo.

No que diz respeito às *crianças acolhidas em instituições*, a investigação tem vindo a demonstrar *menor taxa de vinculação segura e maior taxa de vinculação desorganizada*, esta última com risco reconhecido de evolução para perturbações da personalidade no adulto⁽³⁻⁴⁾.

A *fraca qualidade dos cuidados institucionais* aos 30 meses, mostrou-se ainda preditor de psicopatologia aos 54 meses, nomeadamente *perturbação reativa da vinculação, estereotipias, perturbações externalizantes e internalizantes*. Em contrapartida, *melhor qualidade de cuidados* mostrou-se associada com maior probabilidade de *vinculação segura* aos 42 meses⁽³⁻⁴⁾.

CRESCER NUMA INSTITUIÇÃO

A história de F.

Em 2004, F. com 1 ano de idade, foi institucionalizado com os 2 irmãos, por suspeita de abuso sexual por parte do pai sobre um dos irmãos. Na instituição, foi-lhe atribuída uma cuidadora de referência. A família mostrou aparente receptividade a intervenção pelos serviços de proteção, receptividade esta que rapidamente se dissipou. Aos 2 anos, a mãe deixou de o visitar de forma regular e os irmãos foram transferidos para outras instituições.

Com 6 anos, em 2009, começou a ir a casa de uma família amiga e foi feita uma proposta de adoção restrita com a qual os pais não concordaram. A família amiga interrompeu visitas quando percebeu que teria que manter contacto com os pais biológicos. Também nesta altura foi mudado de

instituição por ter excedido o limite de idade daquela onde se encontrava, separando-se da sua cuidadora de referência. Esta, no entanto, manteve visitas e por vezes levava-o para sua casa aos fins de semana e férias. Acabou por ser encaminhado para consulta de pedopsiquiatria por apresentar alterações de comportamento, iniciando medicação com risperidona.

Aos 8 anos, as queixas de impulsividade agravaram-se, associando-se novo psicofármaco, o metilfenidato. Em 2012, com 9 anos, concluiu-se que não seria elegível para adoção restrita e que provavelmente iria ficar na instituição até à autonomização de vida.

No ano seguinte, os seus pais separaram-se, indo a mãe morar para uma pensão. Entretanto a sua cuidadora engravidou o que diminuiu a sua disponibilidade para o visitar. Agravou o comportamento e o rendimento escolar diminuiu, estava mais triste, com episódios apelativos/somatizações na escola (cefaleias, dor no braço) e iniciou toma de antidepressivo. Passou a ter visitas de uma amiga da cuidadora.

Aos 11 anos, foi sujeito a uma reavaliação psicométrica pelas dificuldades de aprendizagem. Aos 6 anos de idade tinha um Quociente Global de Inteligência (QIG) na média, mas a esta data verificou-se que tinha baixado para 77. Nesse ano faleceu o seu pai.

Em 2015, com 12 anos, iniciou comportamento de exploração sexual com filho da amiga da cuidadora, levando a interrupção dos contactos. Começou a passear com o irmão de 17 anos. Este irmão saiu da instituição onde estava aos 18 anos. O F. também queria sair “ninguém gosta de estar num colégio” (sic).

Em 2017 foi diagnosticada uma leucemia à filha da sua cuidadora, o que reduziu drasticamente as suas visitas. Com 16 anos, mantinha o mesmo projeto de vida, e o seu comportamento ia flutuando ao sabor dos eventos do seu quotidiano. Mantinha medicação e postura pouco disponível para intervenção psicoterapêutica.

Quando cumpriu os 18 anos recusou permanecer na instituição e acabar o seu curso técnico-profissional, indo morar com o irmão.

Foi transferido para consulta de psiquiatria.

As crianças institucionalizadas estão sobre representadas nas consultas de pedopsiquiatria, e normalmente são alvo de uma elevada taxa de prescrição de medicação psiquiátrica⁽⁴⁻⁶⁾.

Um percurso de vida institucional tem vindo a ser associado a diversas *alterações psiquiátricas*, tais como: perturbação reativa da vinculação, perturbação de envolvimento social desinibido, perturbação de stress pós traumático, comportamento autista-like, agressividade, hiperatividade, desatenção, dificuldades na função executiva, alterações de sono, alterações alimentares, perturbações da eliminação, perturbações de ansiedade, depressão, redução no volume da substância branca e cinzenta e redução no comprimento dos telómeros (achado associado a envelhecimento precoce)⁽⁴⁻⁸⁾.

OS NÚMEROS DA ADOÇÃO EM PORTUGAL

Em 2022 foram adotadas 173 crianças *versus* 185 em 2021 e 361 em 2016⁽⁹⁾.

Destas, *14 foram devolvidas*, estando 10 já com novo encaminhamento. O principal motivo alegado pelos pais foi “falta de empatia para com a criança e para com a dificuldade que apresenta em expressar as emoções”. Verificou-se uma atitude de inflexibilidade e preconceito face a “comportamentos mais desafiantes”⁽⁹⁾.

Estes números devem levar-nos a refletir na necessidade de suporte destes pais por parte do pedopsiquiatra e da equipa de adoção ao longo de todo o processo. O contacto com o pedopsiquiatra numa fase inicial, reveste-se de particular importância, dado que pode ajudar a esclarecer dúvidas a respeito da sintomatologia da criança e a ajustar as expectativas dos futuros pais.

Foi ainda notória a maior dificuldade em adotar crianças com mais de 7 anos, com doenças graves, com deficiência ou com irmãos⁽⁹⁾.

O tempo de espera médio dos pais adotivos até lhes ser entregue uma criança foi de 6 a 7 anos⁽⁹⁾.

PERCURSO EVOLUTIVO DAS CRIANÇAS ADOPTADAS

A história da A.

A A. teve a sua primeira consulta de pedopsiquiatria em 2013, com 2,5m após sinalização do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco e tendo já Processo na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A mãe tinha um diagnóstico de Esquizofrenia e ambos os pais apresentavam uma de

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Era patente uma grande dificuldade na leitura das necessidades da bebé.

Na sua segunda consulta, aos 4m de idade, a A. apresentava uma escoriação no pescoço, uma lesão em ambas as pálpebras por queimadura com leite do biberão e era transportada na cadeirinha com o cinto desapertado. Apresentava ainda um cruzamento recente de percentis de peso. Foi de imediato internada em pediatria, saindo daí para instituição. Nessa data, surgiram dúvidas a respeito da paternidade da bebé, assumida pelo companheiro da mãe. Foi realizado teste ADN que não confirmou a paternidade deste senhor, nunca se tendo chegado a identificar o seu pai biológico.

Após quase 1 ano em instituição realiza-se, a meu pedido, uma reunião com a CPCJ para clarificação de projeto de vida da criança e o processo acaba por transitar para Tribunal. As visitas da mãe eram de pouca qualidade, com comportamento desadequado para com a bebé. Esta revelava um perfil de hiper-reactividade sensorial com muita dificuldade em tolerar mudanças de rotinas, pelo que foi integrada em Hospital de Dia de Pedopsiquiatria.

Aos 2 anos, em 2015, mudou de grupo etário na instituição o que implicou nova sala de Jardim Infantil e módulo (com quarto e todos os cuidadores diferentes), tendo tido francas dificuldades de adaptação.

Aos 3 anos foi decretada a adoção. No entanto, é adotada apenas aos 4 anos por um casal da Madeira. Na sua última consulta veio para o meu colo (o que raramente fazia). Não falou sobre os novos pais, mas desenhou o mar...

Teve alta da consulta.

De um modo geral, os *outcomes* de adoção são positivos a vários níveis.

No então, existe a percepção óbvia de que a *adoção deve surgir o mais precocemente possível*. Há diversos estudos que mostram que quanto maior a idade da criança à data da adoção, mais baixo será o seu QIG, menor será o seu potencial adaptativo à nova família e maiores serão as dificuldades de regulação emocional com que se irá deparar⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Existe um período sensível entre os *6 meses e os 3 anos* em que o potencial de reparação é muito superior. Crianças adotadas entre os 4 e os 6 meses apresentam um *QIG indistinguível dos controlos* e até mesmo crescimento de substância branca⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Um *estudo evolutivo até à meia-idade* de crianças adotadas entre as 6 semanas e os 12 meses *não mostrou variação nos índices de mal-estar psicológico* em relação à população geral⁽¹⁵⁾.

O impacto de todo este processo no desenvolvimento cognitivo da criança é mediado por *fatores pré-natais* relacionados com questões genéticas e de cuidados à gravidez e *fatores pré-adoção* como o *período passado em acolhimento e a qualidade do mesmo*⁽⁹⁻¹³⁾.

Os fatores pré-natais parecem ter menor impacto no funcionamento emocional e comportamental a longo prazo do que os fatores pré-adoção⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No entanto, identificou-se um subgrupo em maior risco para *perturbações externalizantes* associado com *exposição precoce a risco ou a fatores pré-natais* (como baixa idade materna ou mães fumadoras). Neste estudo, não foram evidentes diferenças a nível de sintomatologia internalizante, espelhando possivelmente um *efeito protetor de um meio sociofamiliar* mais vantajoso e de maior interesse/envolvimento parental⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Nas famílias de elevado risco social a probabilidade de futuras *condenações judiciais é menor nos casos de adoção* do que no dos irmãos que continuaram com os pais biológicos⁽¹⁷⁾.

Para as crianças do *sexo feminino* o percurso parece ser ainda melhor do que para as do sexo masculino, tendo estas uma maior taxa de desemprego e maior necessidade de apoio por parte da segurança social⁽¹⁷⁾.

O *pior outcome* surge para as crianças que vivem até aos 18 anos em *instituições* ou em *famílias de acolhimento*⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

ADOÇÃO TARDIA: CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE EM FAMÍLIA

A história da L.

A L. iniciou acompanhamento em consulta aos 9 anos, a pedido da instituição onde residia, por apresentar sintomatologia depressiva. Tratava-se de criança re-institucionalizada por suspeita de abuso sexual por parte do padrasto: “gostava de voltar para casa, já nem sei onde é a minha casa, a minha mãe mudou de casa e trouxe-me fotos” (sic). Mas apenas voltaria se o padrasto não estivesse lá. Disse-me ainda que não queria ficar na instituição até ser grande “é como estarmos presos, se eu tivesse uns pais levavam-me ao parque” (sic). Simultaneamente surgiram queixas de mau rendimento escolar e desatenção pelo que iniciou medicação com atomoxetina e acompanhamento em psicoterapia individual. Desculpava sempre a mãe, dizendo que não ouviam a campainha e por isso perdia as visitas desta. A

dada altura começou a pensar que ia ficar na instituição para sempre: não queria ter nova família, não queria deixar a mãe e irmão. Defendia a mãe: nunca concordaria em deixá-la ser adotada porque gostava muito dela...teria tentado pôr o padrasto fora de casa, mas este recusava ir... não a visitava porque a avó estava doente...

Posteriormente iniciou agitação com heteroagressividade em contexto de frustração. Questionou-me se acredito que podemos nascer várias vezes: “íamos para o céu, ficávamos lá um bocadinho, depois íamos outra vez para a barriga da mãe, mas não tínhamos memória...” (sic).

Aos 10 anos foi decretada a adoção e a mãe deixou de a visitar: “sabes, eu gosto é do meu irmão, gosto mais dele do que da minha mãe...algumas crianças gostam mais da mãe, mas eu não...” (sic). Em 2017, com 11 anos, mostrou-se novamente mais agitada, tendo iniciado toma de risperidona. Em Abril desse ano, foi finalmente morar com os pais adotivos e teve 2 episódios de agitação psicomotora. Quis deixar de se chamar L. Tratavam-na por D. (o seu segundo nome).

Em Junho disse-me “quem me dera ter vindo para aqui (Hospital de dia) quando era pequena”. Suspendeu medicação e teve alta no ano seguinte.

Existe ainda um número considerável de *crianças adotadas tardiamente*, o que acarreta o *risco de um pior percurso evolutivo*.

Nestes casos, a adoção pode ainda assim surgir como uma oportunidade de reparação, a construção de uma base segura que permita à criança elaborar perdas anteriores.

Na sua adaptação à nova realidade a criança passa por várias fases.

Inicialmente pode aparentar uma *familiaridade indiscriminada*, com grande facilidade em estabelecer relação com estranhos, procurando agradar. Este comportamento sustenta-se num enorme receio de abandono por parte dos novos pais. Posteriormente, ou em paralelo, podem surgir *alterações de sono e/ou apetite*⁽¹⁸⁾.

A dada altura, numa tentativa de testar a segurança e confiança nos novos pais, podem surgir *comportamentos de desobediência e agressividade*, bem como *comportamentos regressivos*. Os pais, por sua vez, vão tentando reforçar um vínculo ainda frágil procurando *semelhanças* com a criança⁽¹⁹⁾.

Nesta construção de uma nova identidade, os pais devem ouvir as perguntas da criança e dar-lhes resposta à medida que vão surgindo, levando em linha de conta que a partilha da história de vida reforça o vínculo parental⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O receio da procura dos pais biológicos poderá levar a alguma dificuldade parental quer no fornecimento de informação, quer na imposição de limites educativos, essenciais à securização da criança^(18,19).

O PAPEL DOS PAIS NO PROCESSO DE ADOÇÃO

No sucesso do processo de adoção não podem também ser descurados aspetos relacionados com os próprios *pais adotivos*. Assim, está descrita uma relação bidirecional entre stress parental e alterações de comportamento e afeto negativo nas crianças^(16,20).

O *stress parental* surge mais relacionado com *problemas internalizantes e externalizantes* na presença de uma *vinculação insegura*⁽²⁰⁾.

Uma *menor sensibilidade materna* parece estar associada quer a *patologia externalizante* quer *internalizante*. Em contrapartida, a *depressão parental* associa-se mais ao aparecimento de sintomatologia *internalizante*^(16,20).

As *alterações na relação pais-crianças*, em presença de uma *vinculação ansiosa-evitante*, mostram-se mais relacionados com a *patologia externalizante*⁽²⁰⁾.

Em contrapartida, a *coesão familiar* e uma *vinculação segura* surgem como *fatores protetores*⁽²⁰⁾.

Estes dados reforçam a necessidade de manter o apoio e suporte a estas novas famílias, surgindo a consulta como um espaço de escuta, contenção e reparação.

CONCLUSÃO: THE LONG AND WINDING ROAD

A evidência científica atual suporta largamente o que por si só parece óbvio: o melhor local para uma criança crescer é uma família cuidadosa e afetiva, capaz de atender às suas necessidades não só instrumentais, mas também (e com ainda maior relevo) emocionais.

Para uma adoção assegurar à criança o melhor percurso evolutivo, esta deve acontecer o mais precocemente possível: o *tempo* corre de forma acelerada e irreversível para a criança pequena.

No entanto, durante o período de espera, a qualidade dos cuidados recebidos pode fazer enorme diferença a nível futuro. Nesta esfera, a possibilidade de criar um laço de *vinculação segura* com um cuidador deverá ser uma prioridade.

Por último, mas não menos importante, devo reforçar o *papel do pedopsiquiatra* como a voz da criança junto dos adultos com poder executivo: os membros do Tribunal.

Saber estar e trabalhar em parceria com Juízes, Procuradores e técnicos das Equipas Multidisciplinares de Apoio ao Tribunal é a garantia de que estes entendam como prioritário o tempo da criança em detrimento do tempo do adulto.

Só assim conseguiremos de facto alterar percursos de vida e quebrar as amarras da transgeracionalidade.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Divisão de Informação Legislativa Parlamentar. (2017). *Processo de adoção*. Assembleia da República. https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Processo_Adoacao.pdf
- (2) Ferreira, A. B. (2009). *Evolução e caracterização dos processos de adoção no centro distrital de Coimbra nos últimos dez anos* [dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/11908>
- (3) Spangler, G., Bovenschen, I., Jorjadze, N., Zimmermann, J., Werner, A., Riedel, N., Gabler, S., Kliewer-Neutmann, J. D., & Nowacki, K. (2018). Inhibited symptoms of attachment disorder in children from institutional and foster care samples. *Attachment and Human Development*, 21(2), 132-151. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499210>
- (4) McGoron, L., Gleason, M. M., Smyke, A. T., Drury, S. S., Nelson, C. A., Gregas, M. C., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2012). Recovering from early deprivation: Attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(7), 683-693.
- (5) Guyton-Harris, K. L., Humphreys, K. L., Fox, N. A., Nelson, C. H., & Zeanah, C. H. (2018). Signs of attachment disorders and social functioning among early adolescents with a history of institutional care. *Child Abuse and Neglect*, 88, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.005>
- (6) Woodhouse, S., Miah, A., & Rutter, M. (2018). A new look at the supposed risks of early institutional rearing. *Psychological Medicine*, 48(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001507>
- (7) Bick, J., Zhu, T., Stamoulis, C., Fox, N. A., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2015). Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169(3), 211-219. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3212>
- (8) DeJong, M., Hodges, J., & Malik, O. (2016). Children after adoption: Exploring their psychological needs. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 536-550. <https://doi.org/10.1177/1359104515617519>

- (9) Concelho Nacional para a Adoção. (2022). *Relatório Anual de Atividades do Concelho Nacional para a Adoção*. Ministério Público.
- (10) Nelson, C., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*, 2019, e1676285. <https://doi.org/10.1155/2019/1676285>
- (11) Batki, A. (2018). The impact of early institutional care on emotion regulation: Studying the play narratives of post-institutionalized and early adopted children. *Early Child Development and Care*, 188(12), 1801-1815. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1289190>
- (12) Paine, A. L., Fahey, K., Anthony, R. E. *et al.* (2021). Early adversity predicts adoptees' enduring emotional and behavioral problems in childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 721-732. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01553-0>
- (13) Zill, N., & Bramlett, M. D. (2014). Health and well-being of children adopted from foster care. *Children and Youth Services Review*, 40, 29-40. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.008>
- (14) Jackson, S., Figueira-Bates, C., & Hollingworth, K. (2022). Invisible children: The out-of-home care and education of babies and toddlers. *Adoption & Fostering*, 46(1), 8-23. <https://doi.org/10.1177/03085759221080215>
- (15) Rushton, A., Maughan, B., Grant, M., & Sehmi, R. (2020). Infant domestic adoptions followed up to adulthood: Considerations with reference to British birth cohort data. *Adoption & Fostering*, 44(4), 334-348. <https://doi.org/10.1177/030857592096823>
- (16) Duncan, M., Woolgar, M., Ransley, R., & Fearon, P. (2021). Mental health and behavioural difficulties in adopted children: A systematic review of post-adoption risk and protective factors. *Adoption & Fostering*, 45(4), 414-429. <https://doi.org/10.1177/03085759211058358>
- (17) Sehmi, R., Rushton, A., Pickles, A., Grant, M., & Maughan, B. (2020). Infant domestic adoption: Outcomes at mid-life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 789-797. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13178>
- (18) Schulte, E. E. (2023). Adoption. In T. W. Post (Ed.), *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/adoption>
- (19) Resmini, G. F., Silberfarb, M. S., Soares, E. L. M., Savy, V. M., Frizzo, G. B. (2023). Quando desconhecidos tornam-se pais e filhos: A formação de vínculos na adoção tardia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 16(1), e19193.
- (20) Santos-Nunes, M., Narciso, I., Vieira-Santos, S., & Roberto, M. S. (2017). Parenting and emotional well-being of adoptive school-aged children: The mediating role of attachment. *Children and Youth Services Review*, 81, 390-399.

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: Enviar por correio eletrónico ao cuidado da Diretora para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Ao c/ Dra. Teresa Goldschmidt

E-mail: appia@sapo.pt

