

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 46

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

EDITORAssociação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Catarina Baptista

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial*Teresa Goldschmidt*

p. 5

ARTIGOSJoão dos Santos: A pessoa, o pensador, o terapeuta.
Um testemunho*Maria José Gonçalves*

p. 7

O voo da Psiquiatria Infantil em Portugal com
João dos Santos*Maria José Vidigal*

p. 11

João dos Santos: O psiquiatra que amava a criança.
O mestre e amigo*Maria Luís Borges de Castro*

p. 19

A proximidade da distância ou a distância da
proximidade: Análise qualitativa do impacto das
medidas de contingência da pandemia COVID-19
nos cuidados de saúde mental*Sofia Pires, Ana Vera Costa, Mariana Pessoa,
Sandra da Silva Mendes, Lucas Lopes,
Sandra Borges, Graça Mendes,
& Joana Calejo Lopes*

p. 23

Revisitando o Efeito de Werther no século XXI:
O caso polémico de 13 Reasons Why*Maria João Lobato, João Quarenta,
Paula Gouveia, & Carla Maia*

p. 43

Consulta de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria –
Complementares ou redundantes?*Ana Margarida Moreira, Rebeca Cifuentes,
Patrícia Lopes, João Estrada, & Sílvia Afonso*

p. 55

Ansiedade, vinculação e biomarcadores
neuroendócrinos em crianças obesas*Inês Pinto, Simon Wilkinson, Daniel Virella,
Marta Alves, Conceição Calhau,
& Rui Coelho*

p. 65

EDITORIAL

Assumir a Direção da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria constitui um privilégio e, simultaneamente, um desafio estimulante e um compromisso de grande responsabilidade.

O desafio consiste em manter os altos padrões de qualidade estabelecidos ao longo dos 34 anos da sua existência, assegurando assim que a RPP possa continuar a desempenhar um papel fundamental na divulgação do conhecimento científico e clínico, na área da pedopsiquiatria em Portugal, para todos os profissionais que desenvolvem a sua atividade no âmbito da infância e da adolescência.

O compromisso é dar continuidade a um projeto que se iniciou em 1990 com Coimbra de Matos, a quem se seguiu Maria Luís Borges de Castro e posteriormente Pedro Pires e Paula Pinto de Freitas, e assegurar o retomar da regularidade da sua publicação semestral, que foi interrompida pela pandemia, e que agora se reinicia.

O presente número da RPP visa homenagear o fundador da moderna pedopsiquiatria em Portugal, João dos Santos, que veio revolucionar a perspectiva da saúde mental na infância e adolescência em Portugal, e que deixou um legado que ainda hoje se mantém atual. Por esse motivo publicamos três textos de Maria José Gonçalves, Maria José Vidigal e Maria Luís Borges de Castro, a quem agradecemos reconhecidamente, e que nos dão o privilégio de partilhar a sua visão pessoal de João dos Santos, decorrentes de uma partilha e de uma proximidade que foi vivenciada no início das suas carreiras profissionais.

Os artigos publicados nesta edição constituem trabalhos a quem foi atribuído o Prémio João dos Santos. Este Prémio, criado em 1994 pela Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, tem como objetivo valorizar e incentivar a produção de trabalhos científicos e clínicos na área da pedopsiquiatria em Portugal.

O artigo *“A Proximidade da Distância ou a Distância da Proximidade – Análise qualitativa do impacto das medidas de contingência da pandemia COVID-19 nos cuidados de saúde mental”* é um estudo qualitativo sobre o impacto do uso da máscara facial nas consultas de saúde mental, tanto na infância e adolescência como na idade adulta. É um estudo particularmente interessante porque reúne a perspectiva dos profissionais de saúde e dos utentes sobre esta questão, que esteve tão presente do período da pandemia.

No artigo *“Revisitando o Efeito de Werther no Século XXI – O Caso Polêmico de 13 Reasons Why”* os autores fazem uma interessante análise do potencial impacto que fatores externos, neste caso uma série televisiva, podem ter em áreas sensíveis e relevantes como é suicídio na adolescência. Salientam a importância de uma colaboração entre os media e os especialistas em saúde mental para minimização dos riscos, que ainda assim não deixam de estar presentes.

O seguimento simultâneo de crianças em consultas de pedopsiquiatria e consultas do desenvolvimento é frequente, sendo pertinente a análise elaborada no artigo *“Consulta de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria – Complementares ou redundantes”*, que decorre de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo que permite comprovar a elevada prevalência desta situação, e que propõe uma reflexão clínica sobre a complementaridade e articulação entre os profissionais destas duas consultas.

A associação entre a qualidade da vinculação e a obesidade infantil é o objetivo do estudo *“Ansiedade, Vinculação e Biomarcadores Neuroendócrinos em Crianças Obesas”*, colocando hipóteses sobre os fatores que podem mediar essa associação ao nível da regulação emocional, avaliada através de biomarcadores, e do funcionamento familiar.

A presente edição da RPP reflete a diversidade de perspectivas presentes no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência. Esta diversidade constitui a essência do papel de divulgação científica da RPP, enquanto publicação de referência nesta área.

Teresa Goldschmidt

JOÃO DOS SANTOS: A PESSOA, O PENSADOR, O TERAPEUTA

Maria José Gonçalves¹

A PESSOA

O meu primeiro contacto com João dos Santos foi num fim de tarde em Sesimbra, junto à muralha da praia. Avistei-o ao longe, a passear à beira-mar e eu estava ali, a olhá-lo, como se fosse alguém inalcançável. Quando privei com ele apercebi-me que era tudo, menos inalcançável.

Afável, disponível, raramente recusava um encontro, um convite, interessando-se pelos que o rodeavam, desde os mais novos aos mais velhos. Tinha convicções fortes e ideais que sempre o nortearam e que transpareciam nas suas conversas e encontravam expressão na sua vida profissional e participação cívica.

Era um parceiro das crianças, dos pais, dos colegas, dos alunos, na medida em que o seu respeito pelo outro e pela sua diferença, o punha num patamar, em que nunca se fazia sentir a sua superioridade, mas sim a sua sabedoria.

João dos Santos olhava as coisas e as pessoas do lado de cada uma delas e tornava-as únicas. O seu olhar estava ancorado na sua infância, mas estava imbuído da sua experiência de adulto, como pai, professor, psicanalista. Um olhar impregnado dessa sabedoria que ultrapassava cada uma destas experiências e que as integrava.

No contacto pessoal era encantador, alegre, apreciador da vida e dos seus prazeres, óptimo contador de histórias, com que entretinha os seus convivas horas a fio, na sua casa de Sesimbra, na sua quinta de Sintra ou em casa de um ou outro de cada um de nós, que constituíamos o seu círculo de colaboradores e simultaneamente amigos. Diziam dele (ou dizia ele, cito de cor) que mantinha uma “cumplicidade com os homens e um respeito galanteador com as mulheres”.

¹ Psicanalista, Pedopsiquiatra.

O PENSADOR

João dos Santos era um indefectível da psicanálise, da psicanálise freudiana, mas as suas intuições clínicas eram surpreendentes e são elas que sustentam muitas das suas opiniões originais. Estão descritas num trabalho seminal sobre a neurose de angústia. Antecipando Bion, refere que é o dismantelamento psíquico, pela falta de continente mental, que introduz a emergência catastrófica da angústia. Formado pela escola francesa de psicanálise, sem menosprezar os aspectos constitucionais na origem das neuroses, João dos Santos organiza todo o seu pensamento em redor do funcionamento do inconsciente e do conflito entre as estruturas psíquicas.

Apresenta as suas ideias sobre o sofrimento psíquico da criança num texto publicado em 1969 nos Anais Portugueses de Psiquiatria “Ensaio duma Classificação Nosológica para a Psiquiatria Infantil” em que reflecte sobre o aparecimento dos sintomas na criança, considerando que resultam de conflitos com o meio, inicialmente com a “perturbação binária mãe-filho” e mais tarde na relação com os outros, ou seja, os sintomas resultam das exigências do meio familiar ou escolar para as quais a criança não tem ainda as estruturas nervosas, somáticas ou psíquicas para responder adequadamente. Como ele diz, no caso dos sintomas psicomotores (estrabismo, gaguez, instabilidade) o sintoma inicial é o sinal duma tentativa da criança de adaptação ao que exigem dela. Esta tentativa falha porque as estruturas nervosas não estão aptas para o exercício da função psicomotora e que o Eu, pressionado pelo meio, pretende exercer. O conflito exterior é interiorizado e a angústia resultante do conflito fixa-se no sintoma e inscreve-se por vezes definitivamente no substrato anatómico do sistema nervoso.

Na sua concepção da Saúde Mental da criança, nenhum aspecto do desenvolvimento foi esquecido (psicomotricidade, pedagogia, família, deficiências sensoriais, conflito psíquico, desenvolvimento cerebral), sendo integrados num todo coerente. Esta posição deixou a sua marca na planificação da política da saúde mental, onde também foi um actor empenhado. Assim esteve na origem da organização dos serviços de saúde mental infantil e de inúmeras instituições de apoio à saúde mental da infância.

Enquanto Director do Centro de Saúde Mental Infantil, que ele criou, ao qual estavam agregadas as Clínicas de rapazes e meninas do Hospital Júlio de Matos e com a colaboração de Margarida Mendo, experimentou renovar e aplicar técnicas de reabilitação modernas para crianças com grandes atrasos cognitivos e do desenvolvimento.

Na Casa da Praia, instituição emblemática, desenvolveu métodos pedagógicos inovadores, acolhendo crianças com dificuldades de aprendizagem.

Foi também professor universitário, estimulante e criativo, deixando uma influência forte em muitos dos seus alunos. Foi um privilégio trabalhar com ele. Convidou-me para sua assistente na Faculdade de Psicologia e das Ciências de Educação na Universidade de Lisboa, onde leccionámos durante 4 anos (1978-1982) as cadeiras de Psicopatologia Dinâmica da Criança e do Adolescente e do Adulto. Foi uma experiência rica e muito divertida. João dos Santos gostava do contacto com os estudantes e estava no seu elemento, a dar as aulas práticas com entrevistas presenciais (por sua opção, enquanto eu dava a teoria), o que entusiasmava os alunos pelo ineditismo do modelo e pela forma como expunha as suas ideias.

O TERAPEUTA

João dos Santos era um clínico de excepção. A sua capacidade de observação e comunicação com os pacientes adultos e crianças era notável, bem como o respeito que mostrava pelas pessoas que entrevistava. Era um terapeuta discreto e eficaz, que sabia ouvir. Cito as palavras duma paciente sua, 20 anos depois de terminar a sua análise e que ele refere numa publicação: “Neste momento agradeço-lhe sobretudo o seu silêncio. É o silêncio dos outros que nos dá o tempo necessário para formular as questões e encontrar as nossas próprias respostas”.

No seu trabalho, na área da saúde mental infantil, nunca desistia das crianças, por mais graves que fossem as situações. Como supervisor era rigoroso, mas também solidário. Ouvia cuidadosamente e intervinha pouco, deixando “cair” algumas frases que iluminavam todo o material, aos nossos olhos, por vezes, tão obscuro. Sentíamos-lo tão responsável pelos casos, como nós próprios, e, portanto, não estávamos sozinhos na caminhada terapêutica com os nossos pacientes.

Na clínica, era um formador exigente. A primeira experiência dos recém-chegados era sempre o acompanhamento psicoterapêutico dum caso difícil, em geral um caso da Clínica Infantil do Hospital Júlio de Matos cujas evoluções eram problemáticas (crianças autistas, sem linguagem, psicoses infantis graves), o que lhe permitia aferir da capacidade intuitiva, de resistência e perseverança do terapeuta. Era uma experiência dura, bastante frustrante, mas que nos obrigava a perceber o grau de dificuldade do caminho que tínhamos escolhido.

Retirei muitos ensinamentos do contacto com João dos Santos que, ainda hoje, me norteiam.

Aprendi que, para tratar crianças em sofrimento psíquico, era imperativo “des-medicalizar” a minha intervenção. Não era a receita médica que salvava crianças, era a Escuta. O mesmo se passa com os adultos.

Aprendi ainda que para haver saúde mental, o saber tem de ser “des-hierarquizado”, que todos os membros de uma equipa de saúde mental, qualquer que seja a sua especificidade, devem partilhar uma base comum de conhecimentos e aceitar pôr à discussão o seu trabalho clínico.

E para concluir, com a minha experiência com João dos Santos aprendi que as nossas acções se tornam úteis e transformadoras quando a elas associamos o prazer.

Nota bibliográfica: *Este texto é uma reelaboração de duas comunicações anteriores:*

- *Conversas com João dos Santos (2013). Homenagem a João dos Santos. Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Lisboa.*
- *A Lisboa de João dos Santos (2017). Cinema Roma. Lisboa.*

A autora escreve de acordo com o antigo acordo ortográfico.

O VOO DA PSIQUIATRIA INFANTIL EM PORTUGAL COM JOÃO DOS SANTOS

Maria José Vidigal¹

Durante o Curso, tive como Professor de Psiquiatria Barahona Fernandes e, como Assistente, Mário Casimiro. Ele dizia que não gostava de fazer comícios, de modo que, não dava as aulas no anfiteatro do Hospital de Santa Maria e, como eramos mais de cem, M. Casimiro dividia os alunos em grupos mais pequenos e dava as aulas no parque do Hospital Júlio de Matos, quando o tempo o permitia. Então articulava a loucura com a Pintura e assim nos falou de Munch, de Chericó, de Van Gogh e de tantos outros, que tinham perturbações mentais e, ao mesmo tempo, eram artistas geniais... Daí que eu fiquei fascinada com as suas aulas e que me levaram à escolha da especialidade! Entretanto casei, tivemos a primeira menina e, grávida do segundo filho, a nossa vida complicou-se. O meu marido foi preso e esteve no Aljube (nessa época, prisão dos presos políticos do regime salazarista). Foi demitido do Ensino e eu ainda não ganhava, porque me faltava entregar a Tese de Licenciatura. Foram os amigos do meu marido e também os meus que nos emprestavam dinheiro para não morrermos à fome (levámos depois dois anos a pagar as dívidas!).

Entretanto, uma colega minha de curso, informou-me que o Instituto de Assistência Psiquiátrica estava a contratar médicos sem qualquer especialização. Aproveitei a oportunidade e para lá fui, e imediatamente me contrataram, sem saber nada de Psiquiatria!

Havia várias Assistentes e, depois de informada, escolhi o Dr. António Esteves. Era um profundo conhecedor de Fenomenologia psiquiátrica e muito aprendi com ele, se bem que de Psicanálise não gostava, nem aceitava. Nessa época a Psicanálise não era aceite pela grande maioria dos médicos do Hospital Júlio de Matos. Ao fim de três meses, estávamos aptos a tratar doentes. Então

¹ Psicanalista, Pedopsiquiatra.

íamos para diversos hospitais, dada a inexistência, a nível nacional, da organização dos serviços psiquiátricos. Assim, com um Assistente, Enfermeiro e uma mala de medicamentos, partíamos de manhã cedo para Almada, Montijo, Loures, Portalegre, etc., para ver doentes, sem qualquer formação, a distribuir pastilhas e mais nada... Fiquei profundamente decepcionada, pedi a exoneração algum tempo depois e decidi fazer o Concurso dos Hospitais Cíveis de Lisboa, onde fiz o Internato Geral e o Intermédio de Neurologia. Regressei novamente à consulta do Dispensário do IAP, já mais confiante. Um dia, estava no gabinete com o Dr. António Esteves, quando entrou um médico que eu não conhecia: “*Maria José, como você está interessada em crianças, apresento-lhe o Dr. João dos Santos, com quem você pode aprender!*”. Ele, que tinha regressado de França havia pouco tempo, perguntou-me se estava interessada em assistir a uma observação na Clínica de Meninas. Eu aceitei. Uma colega apresentou o caso de uma menina, talvez de uns 8 anos, com um mutismo grave, que só falava em casa e nem com todos os familiares. Depois da descrição da história clínica, a criança entrou no gabinete. Ele levantou-se, estendeu-lhe a mão. A criança sempre em silêncio, sentou-se na cadeira. “*Então vamos fazer uma brincadeira!?*” João dos Santos fazia afirmações, vagamente interrogativas, para dar a liberdade de escolha. A menina levantou-se, pôs-se de joelhos e começou a lamber a cadeira. João dos Santos colocou-se também de joelhos e, em silêncio, começou também a lamber a cadeira... Uns minutos depois, a menina: “*Tu estás maluco!?*” Respondeu Santos: “*Estou, mas tu também estás, estamos os dois malucos!*” A criança retorquiu: “*Mas tu és doutor!*” E a partir desse momento começou o diálogo entre eles. Posso dizer que fiquei fascinada e pensei que era a especialidade que eu iria escolher!

Afirmo, sem hesitação, que nunca conheci um pedopsiquiatra com a sua intuição e inteligência na forma como se aproximava de uma criança.

João dos Santos foi o criador da moderna saúde mental da criança e do jovem em Portugal, lançando-a a nível europeu, nos anos 1950-60, quando regressou de Paris após ter emigrado por razões que tiveram a ver com o regime da ditadura salazarista (foi demitido do lugar de primeiro Assistente de Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico, por ter assinado um documento a pedir eleições livres e proibido de entrar em qualquer hospital do país). O Professor Barahona Fernandes, Director do H. Júlio de Matos, numa atitude corajosa, escreveu a uma entidade superior que o seu Hospital estava sempre aberto para João dos Santos. Foi então que, preocupado com os problemas que o Professor poderia ter com a sua atitude, tomou a resolução de ir com a família para Paris, onde esteve quatro anos.

Ao regressar, J. Santos impulsionou uma viragem da psiquiatria infantil que passou, mais tarde, a ser uma especialidade autónoma.

Mas mais: levou-nos a que tivéssemos um novo olhar sobre o desenvolvimento da criança e sobre a educação na família, na escola e na comunidade, criando concepções originais para a formação de pais e professores.

Sempre com voz pausada e tranquila, lutou pela criação de Serviços de Saúde Mental que continham as sementes da prática e dos princípios científicos que preparavam o futuro. Criou uma obra que ainda hoje ajuda a compreender as causas mais profundas do sofrimento psíquico da criança e do adolescente.

No início da minha carreira, ao falar com o psiquiatra Pistaccini Galvão, seu grande amigo, disse-me: *“Tivemos muita sorte em termos conhecido e sido formados por João dos Santos que foi, sem dúvida, um daqueles Homens que raramente aparecem no panorama científico do nosso país.”*

O seu interesse também se estendia ao Munda das Artes e tinha uma relação muito viva com os artistas. Cerca de 40 anos mais tarde, em 1998, Sir Ken Robinson, líder cultural visionário que liderou o Comité Consultivo sobre a criatividade e a educação cultural no Governo Britânico, chegou à mesma conclusão: as escolas estavam de facto a criar bons trabalhadores, mas não pensadores criativos! Por exemplo, os alunos inquietos de espírito e mesmo os hiperactivos, habitualmente são estigmatizados, com terríveis consequências. E, quase sempre, a energia e a curiosidade destas crianças nunca são valorizadas e, portanto, aproveitadas. Ora bem, João dos Santos teve sensivelmente a mesma opinião! Nós tratávamos crianças hiperactivas, após um diagnóstico rigoroso da patologia subjacente, utilizando apenas métodos psicoterapêuticos. Dizia também que não se dava qualquer valor à importância da Arte para a formação da criança, dos pais e dos professores, considerando que o que mais se aprendia na vida não vem nos livros – amar, brincar, dançar – e que estão na origem do pensar. Daí o ter estabelecido contacto com a Escolinha de Arte de Cecília Menano. João dos Santos defendia o sonhar e o pensar para se opor à administração indiscriminada de drogas.

Santos tinha uma particularidade que irritava sobretudo alguns médicos, porque não dava bibliografia. Então outra psiquiatra, uma das suas primeiras discípulas, Margarida Mendo, respondia que *“não era necessário porque ao pé dele ficava-se mais inteligente e aquilo que ele ensina não vem nos livros”*. Eu própria recordo que fui comprar um livro que ele referiu ser importante para todos os que se iniciavam na especialidade: *“O Alienista”* de Machado de Assis.

João dos Santos nasceu a 15 de Setembro de 1913, oriundo de uma família da média burguesia, num bairro antigo da cidade de Lisboa. Foi educado de acordo com os valores da liberdade por um pai que se bateu pela República, sob as ordens de Machado dos Santos (1875-1921) que lutou pelos ideais republicanos. Um dos tios esteve preso na Cadeia do Aljube. Vou transcrever o que Santos escreveu sobre a Escola: *“Andar na escola é uma expressão muito adequada para explicar que andávamos por lá à procura de uns recantos, nos corredores, na escada e na ‘casinha’, onde a nossa imaginação florescesse, ou andávamos a fugir para outros locais fora da escola, onde a nossa imaginação frutificasse. Andávamos a fazer jogo dramático sem o sabermos. O brincar escapa aos adultos que frequentemente o veem como algo separado do aprender, o que é não só absurdo, como abusivo e cruel. [...] Dançar, dramatizar, está, como se sabe, na origem de tudo o que é pensar. A base de toda a educação é a livre experiência*

Da imensa lista de cientistas, médicos e professores que ele conheceu ou mesmo conviveu, irei citar apenas Cesina Bermudes – proibida de exercer em qualquer hospital do país. Dado ser obstetra, recebia as suas parturientes no Centro Materno-Infantil D. Sofia Abecassis, onde João dos Santos também trabalhou e que apoiou a sua metodologia de trabalho, do então chamado “parto sem dor”. Na década de 60 do século XX, ouvimo-lo criticar e lamentar a indiferença das entidades superiores, quando defendia a necessidade e a obrigatoriedade de se estabelecerem medidas preventivas. E esses programas seriam mais facilmente executáveis nos Serviços Materno-Infantis dos Centros de Saúde. Daí ter iniciado essa intervenção no Centro Materno-Infantil D. Sofia Abecassis. Curiosamente, foram enfermeiras (Rosélia Ramos e Cunha Teles), formadas pela Escola Técnica de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia, que tinham uma melhor formação na área da Prevenção na Saúde Pública e que mais facilmente se sensibilizaram para as medidas preventivas de Saúde Mental. O grande mérito de João dos Santos foi precisamente fazer a integração da Saúde Mental Infanto-Juvenil na Saúde Pública, com a colaboração das enfermeiras, num trabalho original e inovador que tivemos o privilégio de acompanhar. Com as enfermeiras, João dos Santos elaborou um *Standing Orders*, tipo manual, cujo objectivo principal era permitir aos técnicos (Enfermeiros e Pediatras) dos Dispensários Materno-Infantis e Centros de Saúde, detectarem precocemente os sinais ou sintomas, aparentemente banais na criança, para melhoria da saúde mental, e poderem actuar imediatamente, evitando-se a psiquiatria de certas dificuldades, facilmente resolúveis nesta etapa da vida da criança. Hoje pode ser uma intervenção corrente e banal, mas não é seguramente nos mesmos moldes. Todavia, naquela época, era profundamente

original, mesmo a nível europeu. Experiência idêntica foi realizada no Estado de São Paulo (Brasil) pelo Professor Yan, mas sem terem conhecimento um do outro.

João dos Santos formou-se primeiro na Escola Superior de Educação Física e foi professor no ensino privado e nos Cursos de Divulgação de Educação Física, nos bairros populares de Lisboa. Em seguida, licenciou-se em Medicina e fez o estágio em Neurologia. Desde jovem compreendeu que a Educação e a Saúde tinham que ver com a democracia e que eram incompatíveis com a ausência de Liberdade. De facto, era um Homem moderno e intemporal e... movia-se sempre no sentido da descoberta. A sua formação humanista e democrática, possivelmente ter-se-ia cimentado nos contactos que estabeleceu, sobretudo em Paris, com grandes intelectuais, como referi. Quando regressou de Paris, estava a formar-se o primeiro Centro de Saúde Mental Infanto-Juvenil de Lisboa, havendo dois candidatos para exercerem o cargo da direcção, e Santos foi o seleccionado. Ao tomar posse do cargo, começou por visitar todas as Instituições de Lisboa e arredores que se dedicavam a crianças (cegos, amblíopes, surdos, e outras patologias), sendo a primeira visita ao Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, onde ele, no passado, tinha sido assistente.

Uma primeira grande lição, à época verdadeiramente revolucionária e, sem cair em exageros, foi a seguinte: as famílias e as crianças que atendemos nos Serviços Públicos, merecem-nos tanto respeito como as que atendemos nos consultórios privados. Isto significava que a maneira de receber as pessoas, a pragmática social adequada à situação, não diferia quer se estivesse num local ou noutro. E, de igual modo, o não fazer esperar as famílias, como era corrente nos serviços públicos. E assim, a prostituta que actuava no Cais do Sodré era recebida com a mesma deferência que a doutora que vinha à consulta! O efeito e o impacto que esta atitude tinha sobre as mães, só é possível apreciar e valorizar quando se viveu uma tal situação. Era um gosto vê-lo observar uma criança, nunca interpondo uma mesa ou secretária e, como dizia, em primeiro lugar é necessário deixarmo-nos observar [...].

João dos Santos actuava da mesma maneira, quer estivesse no serviço público quer no consultório, como tive ocasião de observar. Além de psicanalista de adultos, ele reservava uma tarde por semana no seu consultório, para atender crianças e respectivas famílias, com a colaboração dos colegas mais novos. Santos dinamizou e participou na fundação de instituições e serviços, abrangendo diversas áreas da Saúde e da Educação, dando uma nova perspectiva à Prevenção e ao tratamento das perturbações psíquicas da criança. Em 1954, fundou com Rosa Bemfeito, o Colégio Eduardo Claparède e com Maria Amália Borges (1919-1971) criaram os dois primeiros centros psicopedagógicos – na Voz do

Operário e no Colégio Moderno (que pertencia a João Lopes Soares, pai de Mário Soares, que foi Presidente da República, em Portugal, após o 25 de Abril). Anos depois fundou o Centro Infantil Helen Keller, a Liga Portuguesa dos Deficientes Motores, a Associação Portuguesa de Surdos... E não parava: assim, criou ou ajudou a criar uma série de instituições e fundou com as médicas Maria de Lurdes Levy (1921-2015), a segunda mulher a doutorar-se em Medicina, em Portugal, e Dora Bettencourt, a Liga Portuguesa de Epilepsia. Também foram criados outros serviços: Laboratórios de Bioquímica e de Electroencefalografia; a Escola dos Cedros (Serviço para Adolescentes); a Unidade da Primeira Infância (UPI); a Casa da Praia - Externato de Pedagogia Experimental. Foi o inspirador do IAC – Instituto de Apoio à Criança. E promoveu colóquios e seminários para alertar os técnicos e políticos para os problemas das crianças. E, como disse João Sousa Monteiro (médico e co-autor do livro póstumo de João dos Santos “Eu agora quero-me ir embora”) “*ele criava coisas não para as reter, mas para as lançar...*”

No Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, de manhã, fazia reuniões abertas com os psiquiatras, que apresentavam doentes difíceis para que ele os entrevistasse e os ajudasse na orientação. Foi desta forma informal que sensibilizou uma série de técnicos de todas as especialidades nas áreas da Psiquiatria, da Psicologia, da Educação, da Saúde e da Justiça.

Recordo que, um dia, uma das professoras da Clínica, no Hospital Júlio de Matos, apanhou uma tarefa de uma menina doente que estava internada. Ela, desesperada com a situação, apanhou um táxi e foi ao centro da cidade onde se localizava a sede do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, apresentar a sua demissão por se sentir incapaz. Ora bem, João dos Santos, não só não lha deu, como organizou um Colóquio que tinha por tema as reacções e atitudes dos técnicos face aos comportamentos dos doentes...

Estabeleceu também contacto com Maria Amália Borges (1919-1971), a primeira mulher em Portugal a formar-se em Pedagogia, a quem se devia a redescoberta da grande aventura Pedagógica de Célestin Freinet (1896-1966) e dos métodos da Escola Moderna nesse Portugal cinzento e amordaçado. No Centro Infantil Helen Keller, dedicado às crianças cegas ou com visão deficiente, integraram-se, pela primeira vez em Portugal, crianças sem quaisquer problemas nessa área.

Outra característica de João dos Santos, a sublinhar: nunca impunha os seus pontos de vista ou por não se julgar o detentor da verdade ou por respeito ao outro. De facto, tinha a atitude do cientista que “caminha cautelosamente nas suas explorações da mente e das relações, sem certezas absolutas!...”.

Também nunca recebia para fazer uma psicanálise, qualquer técnico que trabalhasse no seu Serviço, se bem que aceitava recebê-lo em caso de lhe querer falar de um problema pessoal, o que revela a sua flexibilidade na maneira de agir.

Semanalmente realizavam-se reuniões clínicas em que estavam presentes todos os técnicos (médicos, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricista, terapeutas...), além dos estagiários, recém-formados, a quem pedia sempre a opinião e se era capaz de se ocupar da criança ou da família. Os mais jovens, habitualmente, respondiam negativamente. Santos respondia “*Precisamente por isso é importante a sua opinião para podermos entender as suas dificuldades*”.

Em 1975, nasceu a Pedagogia Terapêutica, que pôs em prática na Casa da Praia, hoje Centro Doutor João dos Santos. Para João dos Santos, a Arte de Educar e a Arte de Curar seriam idênticas nas suas bases. A Arte de Educar, de Curar e Amar são uma e a mesma coisa, na esteira de Freinet para quem educar é um acto de amor. Se a criança entender o verdadeiro valor da amizade e a importância da partilha, a vida será mais simples e maior alegria tirará com o passar dos anos. Assim, “o segredo da vida não é ter tudo o que se quer, mas amar tudo o que se tem ... ou [...] é mais importante aquilo que o mestre é, do que aquilo que sabe”. Quando visitava as instituições, estava atento a tudo e nunca esqueci a visita a uma instituição de cegos, com as salas completamente vazias, sem qualquer adorno, nem uma jarra de flores. Perante a justificação desse facto: porque eram crianças cegas, a sua resposta parecia paradoxal: *precisamente por isso, era importante haver flores e tudo o mais...* e depois dava a explicação dessa necessidade de criar ambientes agradáveis e bonitos... porque as crianças sentem o que se passa à volta delas, mesmo sendo cegas e até para o próprio pessoal! Outra intervenção que achava essencial na formação dos técnicos, qualquer que fosse a sua especialidade, era a articulação com a Justiça. É preciso dizer-se que o Juiz Armando Leandro (Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça) foi a peça fundamental nesta ligação.

Durante cinco dias, em 1970, realizou-se no Hotel do Porto Novo, no Vimeiro, por sua iniciativa, um seminário de Higiene Mental na Escola, onde estiveram presentes, além das equipas de Saúde Escolar de Lisboa e arredores, o francês André Berge, Rui Grácio, Bairrão Ruivo e tantos, tantos outros, muitos já falecidos. Pode concluir-se que a saúde mental não é um campo estritamente médico e é um assunto demasiado sério para ser entregue só aos psiquiatras, daí o facto de ser necessária a contribuição de sociólogos, urbanistas, filósofos, educadores e políticos.

E de tudo quanto disse, entende-se que continuamos a vislumbrar o futuro em João dos Santos, visto que permanece vivo e que as suas noções de saúde mental da criança e de prevenção, continuam perfeitamente actuais! Se toda a educação

tem de ser poética, como dizia Jacinto Prado Coelho (1920-1984), professor de Filologia Românica, de igual modo “todo o estar, todo o ser, todo o fazer” é importante e João dos Santos, como Poeta da Criança, era também, como afirmava a escritora Matilde Rosa Araújo (1921-2010), o evangelho junto dela... Em 1984 foi agraciado pelo Presidente da República General Ramalho Eanes com o grau de Comendador da Ordem de Benemerência. E em 1985, a Faculdade da Motricidade Humana atribuiu-lhe o título de Doutor Honoris Causa. Foi também homenageado pela Ordem dos Médicos com a Medalha de Mérito.

A autora escreve de acordo com o antigo acordo ortográfico.

BIBLIOGRAFIA

- Assis, M. (2019). *O alienista*. Vozes de Bolso Brasil.
- Duarte, P. T., & Cruz, M. (1994). *João dos Santos – O prazer de existir*. Lisboa: Edição conjunta da Liga Portuguesa dos Deficientes Motores e Colégio Eduardo Claparède. 22/22.
- Vidigal, M. J. (2013). O que aprendi com João dos Santos que não vem nos livros. Comunicação nas Comemorações do Centenário de João dos Santos. Publicado no site “João dos Santos no século XXI”. <https://joaodossantos.net/contributos/o-que-aprendi-com-joao-dossantos-que-nao-vem-nos-livros-2/>
- Vidigal, M. J., Queiroz, M. I. S. B., Cruz, M. M., Santos, M. P. G., & Guapo, M. T. (1999). *Memórias de Utopias: Elementos para a história da saúde mental infantil em Portugal*. Lisboa: ISPA.
- Vidigal, M. J. (2016). *Contributos para a história da psiquiatria e saúde mental em Portugal*. Lisboa: Trilhos Editora.

JOÃO DOS SANTOS: O PSIQUIATRA QUE AMAVA A CRIANÇA. O MESTRE E AMIGO

*Maria Luís Borges de Castro*¹

PARA OS MAIS NOVOS

João dos Santos nasceu em Lisboa, em 15 de setembro de 1913, filho único de um casal de republicanos e livres-pensadores.

Sofreu de dislexia na infância, mas segundo o que ele próprio afirmava superou esta dificuldade com a ajuda de seu pai, que o levava a observar a natureza e a conversar com pessoas de diferentes origens e com formas diferentes de estar na vida.

Começou por ser professor de Educação Física, mas depois licenciou-se em Medicina, especializando-se em Psiquiatria.

Em 1946, partiu para Paris, onde trabalhou com Henri Wallon, Georges Heuyer, Julian de Ajuriaguerra e outros eminentes psiquiatras franceses.

Posteriormente, e como resultado da sua busca pela teoria psicanalítica, vem a trabalhar com Serge Lebovici, que foi o pioneiro da Psicanálise infantil em França e René Diatkine, dois eminentes psiquiatras e psicanalistas na abordagem da criança e da sua família sob o ponto de vista psicodinâmico.

Regressou a Portugal em 1950 e dedicou-se à pesquisa e à intervenção na área da Saúde Mental Infantil, criando várias instituições pioneiras como o Centro de Assistência Materno-infantil Sofia Abecassis, o Colégio Eduardo Claparède, o Centro Infantil Helen Keller, a Liga Portuguesa de Deficientes Motores, a Associação Portuguesa de Surdos e a Liga Portuguesa contra a Epilepsia.

João dos Santos foi também o fundador e primeiro diretor do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa e assim pode-se afirmar que foi o criador da moderna Saúde Mental Infantil em Portugal e o grande impulsionador da viragem da Psi-

¹ Psicanalista (SPP), Psiquiatra da Infância e Adolescência.

quiatria Infantil, que de uma especialidade enraizada na Psiquiatria de adultos, passou a uma especialidade autónoma.

Foi também um dos cofundadores da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP), juntamente com Pedro Luzes e Francisco Alvim.

Foi Professor Convidado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, onde lecionou as cadeiras Psicopatologia Dinâmica do Adulto e Psicopatologia Dinâmica da Criança e do Adolescente e na Escola Nacional de Saúde Pública.

Desenvolveu uma teoria original sobre a relação entre o afeto e a cognição, a importância da arte no desenvolvimento infantil e a articulação entre a família, a escola e a comunidade na educação das crianças. Esta teoria tem níveis de compreensão distintos na construção, na abordagem do “ser” na infância. Começa pela compreensão do seu desenvolvimento passando pela relação de afeto e suas defesas (desenvolvimento psicoafectivo), integração somatocognitiva, terminando na elaboração da importância da família e da sociedade.

Escreveu vários livros e artigos sobre os seus estudos e experiências clínicas, como “A Criança e o seu Mundo”, “A Criança na Arte”, “A Criança e os seus Jogos” e “A Criança Surda”.

Faleceu em Lisboa, em 16 de abril de 1987, num dia cinzento e marasmático como que anunciando a sua falta, deixando um legado inestimável para a Pedopsiquiatria (Psiquiatria da Infância e da Adolescência), a Psicanálise, a Psicologia e ainda a Pedagogia em Portugal.

UMA RECORDAÇÃO

A minha vida profissional foi modelada em função de um dia o ter conhecido.

Passo a exemplificar,

Acabada de entrar, como interna, no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e integrada na Equipa do Hospital de Dia, chefiada pelo João França de Sousa, foi-me por este proposto, de participar de um seminário dirigido por João dos Santos, que se realizava semanalmente na chamada consulta de neuroses, e que consistia na observação e discussão clínica a partir das entrevistas por si realizadas a pessoas, que acorriam à consulta de Psiquiatria. Uma das condições para a minha integração neste trabalho de observação era já estar, pelo menos há 1 ano, em análise pessoal.

Durante cerca de um ano, tive a oportunidade de aprender “a estar” com o sofrimento das pessoas, que se dirigiam a esta consulta, a saber sentir a forma

como elas o sabiam transmitir e também a compreender a sua incapacidade de o transmitir. Não havia a necessidade de encontrar classificações psiquiátricas, bastava ouvi-las e sem algum juízo de valor, aceitá-las. Lembrei-me de um excerto do livro “A Queda” de Albert Camus: “A metáfora do inferno deveria ser a realização sem regresso da classificação irreversível”. Este era um dos ensinamentos de vida para trabalhar em saúde mental, que não vinha nos livros...

Entretanto, eu tinha tomado a resolução de seguir a minha vida profissional, não como psiquiatra de adultos, mas sim dedicar-me neste campo, à infância. Já me sentia em processo identificatório com o Mestre, que tinha, ali mesmo, a meu lado...

Simultaneamente, por razões familiares, havíamos decidido sair de Portugal para Paris, onde eu sabia muito pouco da possibilidade de ser integrada em estabelecimentos hospitalares, onde pudesse fazer a minha formação em Pedopsiquiatria.

Assim, numa manhã cinzenta de Lisboa, em que senti um enorme frio no Jardim das Amoreiras, onde me fiz fazer esperar cerca de 30 minutos pela hora acordada com João Santos, entrei no ex-Centro de Saúde Mental Infantil, onde este era diretor. Sem espera, fui imediatamente levada ao seu gabinete, que se situava no terceiro e último andar do edifício.

O seu sorriso pela compreensão da minha atrapalhão, a sua voz calma e as suas palavras pausadas, tiveram imediatamente o efeito sobre mim de me sentir aceite e compreendida. Então fiz o pedido: “diga-me para onde devo ir, que serviço devo frequentar para pedir uma bolsa de estudo em Paris”.

Tal como eu imaginara, ele sabia tudo...

“Maria Luís (ainda me lembro da forma como ele proferiu o meu nome), vai para o Centre Alfred Binet no XIIIème arrondissement. Tenho lá dois grandes amigos: Serge Lebovici e Renée Diatkine, que lhe podem ensinar muito!!! Imediatamente, começou a escrever uma carta para Lebovici.

Saí daquele gabinete com o meu futuro profissional na mão!!! Mas não só: saí para outro País, onde fui sempre acarinhada pelo enorme ‘empurrão’, que aquela carta me proporcionou. Devo-lhe um grande espaço aberto de aceitação e amizade.

A sua profecia concretizou-se: que lhe podem ensinar muito!!!”

Este “falar de mim” tem como finalidade mostrar uma faceta da personalidade de João dos Santos. Homem, cuja moral não advinha só do seu supereu. Resultava da sua estrutura humana e humanística, que se espelhava nas três facetas do seu carácter: o prazer de viver, a esperança, que punha nos outros e a sua generosidade.

Voltei de Paris, quatro anos depois; João dos Santos já não era diretor do Centro de Saúde Mental Infantil (CSMIJL), tinha atingido a idade da aposentação. Tive, assim, de o procurar noutra faceta da sua vida profissional: a de psicanalista. Foram os seminários, os colóquios da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP)

e as nossas conversas, ou em casa dele, ou na minha. Ele também me ensinou muito(!), tanto profissionalmente, nomeadamente a não ser só pedopsiquiatra, como o de profissional de Saúde Mental Infantil, e ainda e sobretudo na experiência de vida, dos bons e maus momentos, em que por vezes o sofrimento nos faz perder o dom da razoabilidade para as grandes decisões...

É verdade, nunca lhe agradei (a não ser fugidamente naquela manhã cinzenta). Mas, também é verdade, que ele nunca me deu essa oportunidade.

A sua discrição, assim o obrigava!!!

A PROXIMIDADE DA DISTÂNCIA OU A DISTÂNCIA DA PROXIMIDADE – ANÁLISE QUALITATIVA DO IMPACTO DAS MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA DA PANDEMIA COVID-19 NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

Sofia Pires ¹
Ana Vera Costa ¹
Mariana Pessoa ²
Sandra da Silva Mendes ¹
Lucas Lopes ¹
Sandra Borges ³
Graça Mendes ⁴
Joana Calejo Lopes ²

RESUMO

Introdução: *Em março de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde estado de pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Ao nível dos cuidados de saúde, especificamente nos cuidados de saúde mental, as medidas de contingência determinaram necessariamente mudanças na forma de avaliação e intervenção exigindo adaptação por parte dos profissionais de saúde e dos utentes.*

Material e métodos: *Estudo qualitativo, realizado de 1 de dezembro de 2020 a 31 de maio de 2021, com o objetivo de avaliar a perceção subjetiva dos médicos dos serviços de saúde mental e dos utentes acerca do impacto das medidas de contingência (uso de máscara facial, distanciamento no consultório, ausência de contacto físico e desinfeção de superfícies) na prestação dos cuidados de saúde mental. Foram entrevistados 20 médicos (pedopsiquiatras e psiquiatras) e 20 utentes (adolescentes e adultos), recrutados na consulta externa do Serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E),*

¹ Interno de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho.

² Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

³ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

⁴ Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Departamento de Pedopsiquiatria do atual Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) e Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E.

Resultados: A amostra foi dividida em quatro grupos: adolescentes, adultos, médicos pedopsiquiatras e médicos psiquiatras. As entrevistas foram analisadas com base numa grelha de análise categorial: relação médico-doente, confiança e satisfação na relação médico-doente, demonstração de suporte emocional, utilização dos cinco sentidos, condições da consulta.

De um modo geral, os adolescentes consideraram que as medidas de contingência têm pouco impacto na relação médico-doente e na demonstração de suporte emocional. Os adultos pontuaram um aumento da satisfação pelo cumprimento das medidas, realçando, contudo, a maior distância pela utilização de máscara e ausência de contacto físico. A dificuldade na leitura da expressão não-verbal foi a principal condicionante atribuída pelos pedopsiquiatras, com impacto subjetivo negativo no estabelecimento da relação terapêutica. Os psiquiatras referiram que, para além da máscara, o distanciamento físico e a ausência do toque, principalmente em situações de crise, afetaram negativamente a relação com os utentes.

Conclusão: Embora qualitativos, estes resultados permitiram uma reflexão sobre o impacto que as medidas de contingência têm sobre a prestação de cuidados em Saúde Mental. Destacou-se a importância do componente não-verbal da comunicação e da relação médico-doente nas consultas de saúde mental enfatizada por todos os participantes do estudo. Destacou-se, ainda, a visão adaptada e positiva dos utentes face às medidas de contingência, contrastando com a visão mais apreensiva e negativa dos médicos. Não obstante esta discrepância, os médicos revelaram abertura à mudança e criatividade na procura de soluções de proximidade a uma distância segura.

Palavras-chave: Covid-19, Medidas, Impacto, Relação médico-doente, Máscara, Distanciamento físico, Desinfecção.

INTRODUÇÃO

Em março de 2020 foi declarado pela Organização Mundial de Saúde estado de pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2)⁽¹⁾. Foi evidente um impacto na saúde global das populações, nomeadamente na saúde mental, como consequência direta da infeção viral, mas também devido às alterações sociais e económicas resultantes em grande parte das medidas adotadas para contenção e controlo da pandemia⁽²⁾.

Ao nível dos cuidados de saúde, especificamente nos cuidados de saúde mental, as medidas de contingência determinaram necessariamente mudanças na forma de avaliação e intervenção exigindo adaptação por parte dos profissionais de saúde e dos utentes⁽³⁾.

Na base de toda a avaliação e intervenção na Saúde Mental, identifica-se a relação médico-doente a qual constitui a matriz da prática clínica e o alicerce para a adesão aos cuidados e satisfação do doente⁽⁴⁾. Neste encontro entre o médico e o doente, exige-se uma veiculação eficaz da informação para que se estabeleça a comunicação. Sendo um processo dinâmico, são necessários um emissor, um recetor, uma mensagem, um veículo de informação, um conteúdo da mensagem e um código para a transmitir⁽⁵⁾. Por outras palavras, são fundamentais a linguagem verbal, como produto da cognição de sentimentos, emoções, pensamento, e a linguagem não-verbal, através do corpo e movimentos, da relação do indivíduo com o espaço e de toda a manifestação de comportamento não expressa por palavras⁽⁶⁾. Qualquer interferência no processo da comunicação tem o potencial de enviesar a mensagem e os seus componentes.

A pandemia de Covid-19 acompanhou-se de várias medidas de contingência com impacto ao nível da comunicação e da relação médico-doente. Já antes da “época” Covid-19, vários estudos de investigação se debruçaram sobre o impacto da máscara na comunicação⁽⁷⁾. A máscara, funcionando como barreira física, perturba a visão, esconde os dois terços inferiores da face e interrompe a transmissão do som e a disseminação de cheiros⁽⁸⁾. Não esconde apenas sorrisos, torna difícil a tarefa da compreensão e expressão de emoções, sendo que os olhos se tornam o principal método de comunicação⁽⁹⁾. Pode provocar o aparecimento de artefactos visuais, mimetizando defeitos fisiológicos do campo visual e causando desconforto⁽¹⁰⁾. Oculta sinais visíveis e movimentos da boca e lábios usados na leitura da fala e limita a visibilidade das expressões faciais, tiques; o rosto em geral⁽⁸⁾. Estudos sugerem que as máscaras não mudam os padrões de respiração, não alteram a saturação de oxigénio ou os níveis de dióxido de carbono, nem mesmo durante a atividade física de baixa intensidade. No entanto, foram associadas a desconforto, cefaleias, tonturas, bem como a um aumento do esforço e sensação de dispneia percebidos⁽¹¹⁾. As tiras elásticas em combinação com um ajuste apertado podem resultar em dor nos pontos de contacto e a sua utilização continuada pode causar lesões dermatológicas⁽¹¹⁾. Em conjunto com outros fatores como a desregulação dos padrões de sono, hidratação desadequada, padrão alimentar irregular, *stress* físico e emocional, a máscara pode revelar-se uma fonte de distração para o utilizador⁽¹¹⁾. Também no que respeita à transmissão de som, está estabelecido que existe uma perda na transmissão dependente de frequência (variável com o tipo de máscara), especialmente acima de 2 kHz⁽¹²⁾.

Numa perspetiva integradora, existem evidências do impacto da utilização da máscara pelos cuidadores no neurodesenvolvimento do bebé, em especial nos primeiros dias de vida, pela sua influência no processamento facial e orientação/foco para o rosto, reciprocidade, imitação de competências, reconhecimento e

identificação de emoções⁽⁹⁾. Outros estudos revelam também um impacto negativo na empatia percebida pelo doente e familiares⁽⁹⁾. Em grupos com problemas no desenvolvimento, tais como indivíduos com perturbações intelectuais e indivíduos com dificuldade de interpretação da linguagem não-verbal, como na Perturbação do Espectro do Autismo, este impacto parece ser mais significativo⁽⁸⁾.

Outras medidas de contingência como o distanciamento social (traduzido em consulta pelo afastamento das cadeiras) e a ausência de contacto físico poderão também condicionar a relação médico-doente e a comunicação. Supõe-se que alguns utentes estranhem a ausência de contacto no momento de saudação, no conforto de momentos difíceis, na proximidade da ligação. Por outro lado, poderão senti-la como um acontecimento naturalmente necessário para a segurança e saúde de todos os envolvidos, na preservação de privacidade e espaço próprios.

Em especial na idade pediátrica, os brinquedos são instrumentos fundamentais enquanto facilitadores da comunicação. Em plena pandemia Covid-19, na impossibilidade de desinfeção correta e identificação como potencial foco de contágio, os brinquedos foram eliminados do *setting* terapêutico. De igual modo, passou-se a desinfetar constantemente todo o espaço terapêutico. Suspeita-se, por um lado, que a desinfeção constante de superfícies (mesas, cadeiras, maçanetas de portas), por vezes com necessidade de interrupção da consulta, possa ser fator potenciador de pensamentos *stressores* e ansiedade, tanto no doente, como no médico. Por outro lado, poderá exercer um efeito tranquilizador e de sensação de segurança relativamente ao medo de contágio e de contrair a doença. A apresentação do médico com equipamentos de proteção individual poderá também enquadrar ambas as perspetivas do pressuposto anterior.

Não existindo estudos centrados nestes últimos pontos abordados, considerou-se pertinente a sua exploração para o presente estudo. Em especial no que respeita à perceção subjetiva quer dos médicos quer dos utentes acerca do impacto destas medidas de contingência na relação médico-doente, existem poucos estudos disponíveis na literatura.

Com este trabalho pretende-se explorar a perceção subjetiva dos médicos dos serviços de saúde mental e dos utentes acerca do impacto destas medidas de contingência na relação médico-doente.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados 20 médicos (pedopsiquiatras e psiquiatras) e 20 utentes (adolescentes e adultos), recrutados na consulta externa do Serviço de Pedo-

psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) e Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E. Os dados foram recolhidos no período de 1 de dezembro de 2020 a 31 de maio de 2021. Foi aplicado um guião de entrevista semiestruturado onde foram identificadas as seguintes variáveis das medidas de contingência: uso de máscara facial, distanciamento no consultório, ausência de contacto físico e desinfeção de superfícies. Foi utilizado o método de análise qualitativa.

Definição da população e amostra em estudo

A amostra foi dividida em quatro grupos: médicos especialistas em Psiquiatria e saúde mental (PSM) do CHVNG/E; médicos especialistas em Psiquiatria da infância e da adolescência (PIA) do CHUdSA; jovens adolescentes avaliados numa primeira consulta de PIA no CHVNG/E; adultos avaliados numa primeira consulta de PSM do CHVNG/E.

Tratou-se de uma amostra de conveniência, incluindo médicos e utentes dos respetivos serviços até à dimensão amostral de $n=10$ em cada grupo.

Foram excluídos utentes com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual moderada a grave, Perturbação do Espectro do Autismo, Psicose, Demência e idade inferior a 12 anos.

Nos grupos dos utentes, a entrevista ocorreu após a avaliação numa primeira consulta de modo a minimizar o possível impacto de uma relação terapêutica médico-doente prévia.

Entre os médicos especialistas em PIA, foram incluídos somente os médicos pertencentes a outro Serviço Hospitalar – o CHUdSA, diferente do Serviço de origem dos investigadores, mediante participação voluntária e com autorização do Conselho de Administração e Departamento de PIA do CHUdSA.

Instrumentos

Além de um questionário de caracterização sociodemográfica, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturado construído com base nos objetivos delineados e composto por perguntas semiabertas para avaliação da perceção dos participantes em relação ao impacto das medidas de contingência nos seguintes aspetos: relação médico-doente, demonstração de suporte emocional ao doente, confiança/ /desconfiança e satisfação na relação terapêutica, comprometimento das leituras do outro, o uso dos cinco sentidos, tempo de consulta e cansaço físico, expecta-

tivas acerca da maneira como o médico se deve apresentar e fontes de distração (escuta atenta/atenção a outros fatores).

Análise dos resultados

As entrevistas aplicadas foram gravadas e posteriormente transcritas. As transcrições foram analisadas com recurso a dois ou três investigadores por grupo (Adolescentes, Adultos, Médicos especialistas em PIA, Médicos especialistas em PSM), selecionando pontos de concordância e discordância e cruzando informação entre os grupos. Os resultados foram organizados em temas e subtemas, de acordo com os resultados.

O entrevistador não participou na análise dos resultados.

Utilizou-se a análise descritiva e qualitativa das variáveis para resumir os dados encontrados.

Considerações éticas

Foi contemplado o Consentimento Informado Livre e Esclarecido junto do próprio e representante legal (no caso dos menores adolescentes) assinado no momento da entrevista com informação explicativa escrita para os participantes.

O estudo obteve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde Hospitalar.

RESULTADOS

Partindo das respostas aos questionários e dos diferentes subtópicos explorados, foram organizados grupos e foi construída uma grelha de análise categorial que serviu de base para a análise e interpretação dos dados (Figura 1).

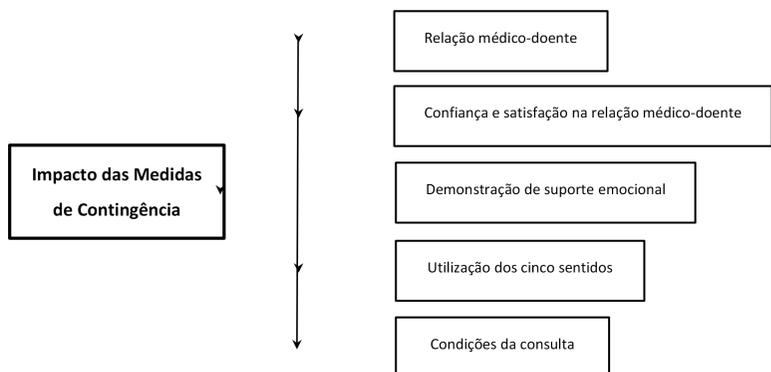


Figura 1. Grelha de análise categorial dos resultados obtidos

Grupo dos adolescentes

Os adolescentes, no geral, consideraram que as medidas de contingência têm pouco impacto na relação médico-doente e na demonstração de suporte emocional ao doente. Reconheceram a importância da utilização das medidas de contingência, apontando a utilização de máscaras e o distanciamento físico como medidas de maior impacto negativo. O distanciamento das cadeiras foi apontado como relevante no impacto e as medidas foram interpretadas, na maioria, de uma forma positiva e aceites como necessárias.

Outros adolescentes reconheceram as desvantagens e apontaram limitações nas leituras do outro, no uso dos sentidos e na demonstração de suporte emocional (pela ausência de contacto).

Destacam-se alguns excertos das entrevistas:

Relação médico-doente:

Os adolescentes não valorizaram o impacto negativo na relação médico-doente, focando a sensação de segurança com o cumprimento das medidas.

“O que é dito, é dito na mesma.”

“Acho bem as medidas: a distância e uso de máscara, pois não temos de ter uma relação tão próxima e isso não impede a formação de uma relação. Não há nenhuma influência.”

Confiança e satisfação na relação médico-doente:

No geral, os adolescentes consideraram que a confiança e a satisfação com os serviços médicos e a relação médico-doente estavam dependentes do cumprimento das medidas de contingência e relacionados com a segurança.

“Temos de viver com isto, é necessário.”

“Melhor manter as normas para não sermos infetados. Pior se não houvesse medidas.”

“Acho que as máscaras deviam já estar implementadas na nossa vida diária antes do Covid, até pelas constipações.”

“O médico tem de se apresentar com máscara e produto álcool-gel, mais seguro”.

Demonstração de suporte emocional:

Relativamente à demonstração de suporte emocional, o grupo considerou existir impacto negativo, principalmente ao nível de suporte físico e do “tocar”.

“Altera a forma como se dá apoio: máscara altera a maneira como ela fala, que é diferente ao falar com a máscara, muda a maneira como ela explica as coisas.”

“Podemos precisar de um abraço ao chorar...”

“Não há aquele conforto do toque...”

Utilização dos cinco sentidos:

Os adolescentes apontaram um impacto negativo e diferenças na utilização dos cinco sentidos, principalmente relacionadas com o uso de máscara.

“O sorriso que não vemos e gostávamos de ver.”

“Estou à espera de ver uma coisa e depois quando tira a máscara... é diferente.”

“Os olhos falam mas a máscara abafa o que estamos a dizer”

Condições da consulta:

Relativamente às condições da consulta, apesar de apontarem o uso das medidas como desvantagem, concluíram que as mesmas são essenciais e não consideraram outras opções.

“Eu acho que é tudo necessário, apesar de se tornar difícil uma consulta assim.”

Para além dos temas destacados, um adolescente apontou ainda benefícios na utilização de máscara: *“Acho que a máscara até ajuda na minha timidez, não veem a minha cara.”* Outro adolescente partilhou também sugestões para minimizar o impacto: *“Poderia ser minimizado se, em vez de máscaras, houvesse viseiras.”*

Grupo dos adultos

Os adultos consideraram, globalmente, que as medidas de contingência não interferem na relação médico-doente e na demonstração de suporte emocional, pontuando um aumento da satisfação pelo cumprimento das medidas e antevendo maior distância pela utilização de máscara e ausência de contacto físico.

Destacam-se alguns excertos das entrevistas:

Relação médico-doente:

Mostraram-se resignados e mais seguros, interpretando as medidas como necessárias. Um doente considera existir interferência na relação médico-doente e na leitura do outro.

“Não acho que as medidas tenham interferido, elas existem para nosso bem e temos de nos salvaguardar a nós e aos outros.”

“Não é por usar máscara ou estar afastado ou não cumprimentar que não se vai estabelecer uma relação.”

“Vem interferir no utente conhecer o médico e o médico conhecer o utente. A relação é mais distante e em psiquiatria espera-se uma relação mais aproximada, mas não é isso que prejudica.”

“Torna a relação mais impessoal porque não se veem as expressões faciais. A relação doente-doutor já é, por natureza, um pouco impessoal, mas olhávamos para as

expressões faciais... agora com as máscaras, não podendo ver as expressões faciais, não dá para ver se está triste... torna ainda mais impessoal, mais fria. Porque, nas situações piores, por vezes precisavam de um sorriso, de um olhar, acho que isso ajudava muito (...) é sempre preferível ver a pessoa sem máscara para não haver aquela barreira.”

Confiança e satisfação na relação médico-doente:

No que concerne à confiança e satisfação na relação terapêutica, os adultos afirmam que as medidas não prejudicam e até contribuem para aumentar e consolidar as mesmas.

“Acho que a consulta decorre com segurança, é o que importa.”

“Igual ao que teria anteriormente ao Covid. É para proteger a nossa saúde, temos de nos habituar.”

Demonstração de suporte emocional:

Diferentes pontos de vista relativamente ao suporte emocional, apesar de todos colocarem o cumprimento das medidas e a segurança em primeiro lugar: uns mostram-se resignados, mas evidenciam o impacto negativo; outros consideram não existir qualquer impacto.

“Claro, a gente sentir uma palmadinha conforta, não vou dizer que não conforta. Parece que provoca uma empatia entre o doente e o doutor, mas agora, se não pode ser, não pode ser.”

“Acho que não interfere minimamente o facto de estarmos afastadas, não havia necessidade de contacto...”

Utilização dos cinco sentidos:

Identificam diversas dificuldades no uso dos sentidos com as medidas de contingência, principalmente relacionadas com a máscara facial.

“Às vezes tenho a tendência a não tomar muita atenção a ouvir, então às vezes leio mais os lábios, então é mais isso...”

“Porque ele usa óculos e estava desconfortável porque embaciam.”

“Parece que temos que puxar a máscara para se absorver aquilo que se está a dizer.”

“Eu ouvi bem porque estava silêncio no consultório, mas acho que sim, que a máscara interfere.”

Condições da consulta:

Relativamente às condições de consulta e expectativas acerca da maneira como o médico se deve apresentar e fontes de distração, todos concordam que não há impacto.

“(...) acho que a doutora estava lá para me ajudar e em nenhum momento achei que estivesse preocupada com outras para além de me ajudar com os meus problemas.”

“Não esperava que se apresentasse de forma diferente, estava na sua posição natural de médica. Gostei bastante, senti-me segura.”

Para além dos temas destacados, uma doente sugeriu benefícios decorrentes do uso da máscara: *“Eu, sendo doente oncológica, isto já não é novidade para mim, no IPO em termos de “químio” e “radio” eu já usava máscara, já saía à rua de máscara, já foi necessário que o meu marido e os meus filhos usassem máscara... Isto é uma salvaguarda para o nosso bem, para a nossa saúde. Foi uma mais-valia para a sociedade.”*

Grupo dos médicos especialistas em PIA

A dificuldade na leitura da expressão não-verbal inerente ao uso da máscara facial foi a principal condicionante atribuída pelos médicos Pedopsiquiatras, com impacto negativo no estabelecimento da relação terapêutica e na demonstração de suporte emocional.

Destacam-se alguns excertos das entrevistas:

Relação médico-doente:

Apontam desvantagens para ambos os intervenientes da relação terapêutica; um médico sugere maior dificuldade no estabelecimento de relação com crianças mais pequenas pela ausência de brinquedos ou possibilidade de desenhar. Relativamente à medida com menos impacto, foi a necessidade de desinfeção de superfícies a mais frequentemente assinalada. Um médico aponta a ausência de contacto físico.

“As emoções, a expressão facial, congruentes ou não com o resto do discurso, a atitude, ou seja, apesar de conseguirmos perscrutar através do olhar... não é mesma coisa e acho que tem impacto.”

“Os doentes também acabam por ter menos disponibilidade para estar a falar de si e dos seus problemas com a máscara (...) menos disponíveis para conversar. O próprio médico, por estar pouco à vontade com a máscara, não está no seu habitual, também tem tendência a encurtar as perguntas e respostas.”

“Impacto muito grande, principalmente nas crianças mais pequenas, ao nível da relação, na intervenção, no diagnóstico. Afeta bastante não podermos ter brinquedos.”

“O não poder cumprimentar com a mão quando entram também me incomoda. É um sinal de compromisso, de ligação e compromete um pouco a relação terapêutica.”

“A distância das cadeiras também tem um impacto negativo nos utentes e também nos casos de utentes que já nos conheciam, que estavam habituados a estar mais

próximos de nós e até a partilhar, às vezes, textos ou registos da escola.” “(...) o facto de ter máscara facial torna-nos a todos praticamente “autistas”, a comunicação empática é muito mais difícil.”

Confiança e satisfação na relação médico-doente:

Relativamente à confiança na relação terapêutica, a maioria dos pedopsiquiatras consideraram não existir impacto relevante na confiança dos utentes no atendimento recebido. Metade dos entrevistados consideraram que há maior impacto numa primeira consulta ou no serviço de urgência (comparativamente a uma consulta subsequente). No que diz respeito à satisfação relativamente ao atendimento, a maioria considerou existir impacto, identificando, sobretudo, os constrangimentos indiretos tais como a transformação de consultas presenciais em não presenciais e o maior número de desmarcações e adiamentos de consultas.

“Participar ao outro alguma coisa pelo olhar só é possível quando há uma relação estabelecida. Num primeiro contacto é muito difícil ler o olhar e comunicar com o olhar.”

“O que interfere são outro tipo de medidas, as consultas não presenciais, a desmarcação sucessiva de consultas, o adiamento das consultas, isso é indiscutível.”

Demonstração de suporte emocional:

Os médicos especialistas em PIA consideraram que as medidas de contingência, em particular o uso de máscara e a dificuldade nas leituras do outro, interferiram na demonstração de suporte emocional. Apresentaram sugestões no sentido de poder compensar e para tentar ultrapassar as dificuldades.

“Se eu não posso ver a expressão do outro nem eles de mim, pode ser mais difícil.”

“Interfere e obriga-nos a fazer isso mais verbalmente. Temos a parte verbal na ajuda ao suporte ao doente, mas também temos a face que exprimimos e a expresso que fazemos, em consonância com o sofrimento do doente, por isso prejudica essa transmissão; embora tentemos superar com o olhar e verbal... mas prejudica um pouco.”

“A parte verbal não é tão imediata neste suporte emocional, mas vamos conseguir com algumas adaptações. Nós também estamos num processo de aprendizagem: vamos descobrindo maneiras de contornar dificuldades...”

“Podemos demonstrar suporte de várias formas (...) aumentando o número de contactos ou fazendo contatos mais demorados (...) vários jovens até comunicam por outras vias de comunicação, por escrito, por e-mail.”

Utilização dos cinco sentidos:

Acerca da interferência das medidas de contingência na experiência dos cinco sentidos, foram identificadas a visão e a audição como os mais afetados, seguidos pelo tato e olfato.

“Dificuldade quando não há projeção de voz com a máscara e a compreensão verbal era também feita com a leitura de lábios (...) a visão complementava a nossa audição.”

“Mais dificuldade em ouvir as crianças e os pais, sobretudo em crianças com dificuldades na articulação verbal torna-se ainda mais difícil a comunicação com elas.”

Condições da consulta:

Abordam também as preocupações, cansaço e distrações do médico durante a consulta e a conseqüente necessidade de mais tempo em consulta para avaliação (pelas dificuldades em compreender o doente, fazer leituras, colher história e estabelecer relação, mas também pelo cansaço do técnico). Relativamente à expectativa do doente em relação ao médico, os pedopsiquiatras consideram que esta se encontra alterada.

Entre as medidas com menor impacto, identificam a desinfecção das superfícies apesar de a considerarem um fator potenciador de atrasos e *stress* para o médico.

“Ninguém nos dá respostas coerentes, que tenhamos segurança, ou alguém que cuide de nós, preocupação não há e isso também dá desgaste. E depois tristeza, tristeza geral, de todos, começamos a ficar tristes de isto nunca mais passar e pelos vistos estar a agravar ainda mais, portanto trabalha-se com menos alegria.”

“Desgaste...quer a nível emocional quer a nível físico...”

“(...)estamos todos mais iguais, escondidos atrás da nossa individualidade, debaixo das batatas, por detrás das máscaras. O reconhecimento do doente em nós como pessoa e estabelecer a relação connosco como indivíduo também demora mais tempo e não é tão intuitivo como era antes.”

Para além da organização temática acima, foram enumeradas pelos pedopsiquiatras algumas estratégias para minimizar o impacto, nomeadamente: o aumento do tempo de consulta e *“perguntas mais abertas para que o verbal possa compensar um pouco o não-verbal”*, o aumento do número de consultas para reforçar a relação terapêutica e a adoção de alternativas para a demonstração do suporte emocional.

Todos os pedopsiquiatras consideraram que a sua própria capacidade de leitura do doente é afetada. Alguns identificaram um alerta crescente para a leitura não-verbal na tentativa de compensar o *“oculto”* e todos consideraram existir interferência na realização do exame de estado mental, assim como um maior desgaste físico, relativamente às consultas pré-contingência.

“Obriga a estar mais atentos a outros sinais: expressão do olhar, expressão corporal.”

“(...) máscara tem muito impacto na leitura dos estados emocionais do outro, acabamos por ser menos espontâneos.”

“Não se vê a expressão facial na totalidade, o que pode levar a sobrevalorizar alguns aspetos... Não só em relação ao doente, mas também deste em relação ao médico. Porque este não vê se um sorriso mostra uma consonância ou se está a incentivar aquele discurso...”

“Há doentes que, de vez em quando, já é difícil percebê-los sem máscara, porque já usam outras máscaras com esta.”

Um pedopsiquiatra destacou o potencial de mudança que estas dificuldades suscitam: *“(...) processo de aprendizagem: vamos descobrindo maneiras de contornar dificuldades e os próprios doentes também estão num processo similar. (...) Há doentes que não conheço a face, nunca os vi sem máscara, também os define como pessoa. No entanto, conhecemo-nos noutras dimensões que até, se calhar, são mais íntimas (...).”*

As consultas telefónicas foram também mencionadas como uma alternativa não viável: *“Mais cansativo ainda é uma consulta telefónica. Acho que a consulta telefónica não devia existir na pedopsiquiatria. Era preferível os serviços de saúde terem uma barreira de acrílico, tirar a máscara...do que manter. E a opção de telefone só em último caso.”*

Neste grupo, emergiu, ainda, a importância do silêncio no processo terapêutico o qual consideram ser menos possível com as medidas de contingência. *“Exige verbalizações que de outra forma não seriam realizadas...comentários para expressar o “estar no lugar do outro” que não usávamos antes e conseguíamos usar em forma de expressão facial. Isto interrompe alguns silêncios que são muito importantes na consulta...o ter que verbalizar o que estamos a sentir e que estamos a compreender e a colocarmo-nos no lugar do outro.”*

De igual modo, o exame do estado mental também é condicionado negativamente: *“Mais dificuldade em avaliar a pessoa (...) pela expressão e pela mímica (...) as palavras são palavras, e os comportamentos e as emoções são outra coisa (...) muito mais difícil de avaliar o humor (...) os olhos só não chega...”. “Num primeiro contacto é difícil discernir se postura de ansiedade por ambiente hospitalar ou questões alheias.”*

Grupo dos médicos especialistas em PSM

Os médicos psiquiatras, de um modo global, identificaram o impacto negativo sobre a relação terapêutica resultante do uso da máscara, distanciamento físico e da ausência do toque.

Seguem-se alguns excertos:

Relação médico-doente:

Para alguns psiquiatras, o estabelecimento da relação empática foi comprometido, destacando as situações de primeiras consultas e episódios de urgência, à semelhança dos médicos especialistas em PIA.

“Nas primeiras consultas, nos doentes que nós estamos a começar a conhecer, a estabelecer essa relação, foi um impacto muito maior (...)” sendo menos evidente nas consultas subsequentes “ com os doentes que já conhecemos melhor e que já seguimos há mais tempo isso tornou-se muito menos evidente, porque, de facto, conseguiu-se através de outros aspetos.”

“Nós, na psiquiatria, avaliamos, não apenas o discurso, mas também, e principalmente, para o diagnóstico e para a avaliação global do doente, o modo de agir, a expressão facial... e tudo isso fica prejudicado, principalmente quando se trata de doentes que nós conhecemos pior... É uma coisa que eu noto muita dificuldade em contexto de urgência, em contexto de primeiras consultas.”

Confiança e satisfação na relação médico-doente:

Alguns médicos especialistas em PSM identificaram o aumento da confiança e satisfação com o atendimento, relacionando com a manutenção de contactos e consultas telefónicas com os utentes.

“Acho que em geral, como mantivemos a maior parte das atividades e tivemos durante algum período, as consultas foram feitas, mesmo também aqui no hospital de dia, foram feitas em termos telefónicos, mas nas primeiras consultas foi sempre feito presencialmente e, portanto, acho que não houve assim grande impacto. Sobretudo porque criámos formas de eles estarem sempre em contacto connosco. Criamos um número telefónico, permitíamos que os doentes cá viessem, e eu acho que isso ajudou a manter confiança no serviço.”

“Aumentou (...) pelo contacto permanente e continuado na saúde mental (nouras especialidades houve dificuldades acrescidas).”

Demonstração de suporte emocional:

Para além do comprometimento das leituras do outro, sinalizaram, ainda, a dificuldade na demonstração de suporte emocional ao doente condicionada pelo distanciamento e pela ausência de contato físico.

“Demonstrar suporte emocional pode ser mais difícil, mas não impossível.”

“Por exemplo, o tocar no braço em situações de perda ou de grande crise, muda a forma como nós nos relacionamos com o outro.”

“O toque de mão é algo que é muito importante na relação humana. E sobretudo nesse nível, uma pessoa não se poder tocar, principalmente a nível afetivo, é uma falha muito grande neste suporte afetivo”.

Utilização dos cinco sentidos:

Relativamente ao uso dos cinco sentidos, os médicos especialistas de PSM focaram o grande impacto relacionado com o exame do estado mental.

“Dificulta a avaliação, não impede, é algo contornável, mas efetivamente não deixa de ser um fator que interfere nessa avaliação. Mesmo na avaliação de algumas alterações da motricidade... Nas avaliações das distonias faciais, que muitas vezes acontecem nos nossos doentes. Às vezes é difícil perceber o que se está a passar, o nível de sialorreia... Mesmo a nível do olfato, temos agora uma barreira exterior... e, no caso de doentes etilizados, em contexto de urgência, torna-se mais difícil perceber.”

Condições da consulta:

Os médicos especialistas de PSM destacam o cansaço físico e mental em consulta relacionado com o cumprimento das medidas de contingência, principalmente com o uso de máscara facial e o tempo de desinfeção das superfícies. Um médico, apesar de reconhecer desvantagens, considera que o impacto não foi significativo.

“Sim. As consultas são mais desgastantes; há mais preocupações, há mais ansiedade e stress nas consultas. O tempo de consulta tornou-se maior. Há necessidade de desinfeção entre doentes, torna o processo mais moroso; mais procedimentos a fazer. E torna-se mais desgastante ao fim do dia.”

“Sim. São mais barreiras, é mais esforço para anular estes fatores, para tentar compreender o outro. Mais esforço resulta em mais cansaço envolvido.”

“Se eu tivesse de dizer na generalidade, acho que não. Acho que passamos algum tempo em alguns doentes, o que é difícil, a dizer para colocar a máscara no sítio, até porque as pessoas não tinham grande informação de como colocar a máscara e isso era um incómodo, corta um bocadinho a consulta estar a dizer ‘olhe por favor puxe a máscara para cima’, ‘ponha a máscara desta maneira’, e ter de o fazer de uma forma adequada para não chocar o doente. Mas acho que não me tirou atenção em termos da consulta.”

Um psiquiatra salientou ainda o *“clima de tensão e menor disponibilidade dos profissionais de saúde porque também são afetados pelo medo, pela diminuição de contacto com os familiares, perda de qualidade de vida e redução dos tempos livres”*.

Também foram identificados outros temas relevantes além das categorias principais.

Alguns psiquiatras consideraram que *“a passagem para consulta não presencial, prejudicou bastante a relação estabelecida entre médico-doente”*.

Todos realçaram o impacto negativo do uso de máscara na leitura das expressões faciais e na compreensão da linguagem não-verbal, em particular nos doentes com patologia psicótica: *“principalmente nos doentes psicóticos, acho que é uma coisa que os perturba muito, é não nos verem a cara”*.

Todos os médicos psiquiatras entrevistados referiram ter adotado estratégias na sua prática clínica para minimizar o impacto das medidas de contingência na relação médico-doente. Entre as medidas adotadas, foi referido o seguinte: *“Temos que ter mais tempo para os doentes; tentar articular melhor; tentar compensar de outra forma”, “com a conversa, com o tom, com o contacto, tentar estabelecer uma proximidade empática”*.

As consultas telefónicas foram consideradas difíceis e cansativas para o médico, embora alguns as considerem como alternativa em situações de crise futuras. Um médico sugere a videoconsulta como meio mais vantajoso.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a percepção subjetiva dos médicos de serviços de saúde mental e dos utentes acerca do impacto das medidas de contingência COVID-19 na prestação dos cuidados de saúde mental.

Especificamente nos cuidados de saúde mental, os autores partiram do pressuposto de que as medidas de contingência determinaram mudanças na forma de avaliação e intervenção exigindo adaptação por parte dos profissionais de saúde e dos utentes.

Partindo de uma análise qualitativa, os resultados obtidos tendem a apoiar a hipótese inicial, destacando, contudo, algumas particularidades.

Nos quatro grupos, a maioria dos participantes identificou impacto na relação médico-doente, destacando-se, no entanto, uma discrepância do grupo dos utentes os quais demonstraram, no geral, uma posição mais adaptada e positiva relativamente a este impacto, interpretando as medidas como necessárias para a segurança de todos e apontando até benefícios na confiança dos cuidados. Estes dados são congruentes com alguns estudos que revelam que os utentes com conhecimento dos motivos para a utilização da máscara no contexto da pandemia Covid-19, identificam um impacto positivo pelo aumento da confiança na relação médico-doente⁽¹³⁾. Entre aqueles que identificaram benefícios na utilização da máscara, apontaram a facilitação na ansiedade social, o fator de igualdade e de evolução na sociedade, fator protetor e de higiene individual e pública (como já acontecia com os doentes oncológicos, imunodeprimidos e com doenças respiratórias)^(13,14). Foram os médicos que mais ênfase deram ao impacto negativo das medidas de contingência na prestação de cuidados, especificamente na relação médico-doente e na demonstração de suporte emocional. Talvez pela sua formação especializada e maior sensibilização para os aspetos relacionais da comunicação humana, os médicos tendam a identificar mais impacto negativo em comparação com os

utentes que, informados sobre a pandemia, revelaram uma adequação pragmática à realidade.

Diferenciando o impacto das medidas de contingência, a grande maioria dos participantes identificou a máscara como a medida com maior impacto na relação médico-doente, seguindo-se o distanciamento e a ausência de contacto físico (mais preponderante nas opiniões dos adultos e psiquiatras), e identificando a desinfeção como medida de menor impacto.

Estes resultados aproximam-se do encontrado na literatura onde existe maior robustez de evidências do impacto da máscara na comunicação interpessoal. Ao cobrir os dois terços inferiores do rosto, a máscara limita a perceção de expressões faciais e, assim, a comunicação não-verbal, constituinte de mais de metade da nossa comunicação⁽¹⁵⁾. De facto, a análise dos resultados evidenciou a importância do componente não-verbal da comunicação nos cuidados de saúde mental. De um modo geral, os médicos identificaram o impacto das medidas de contingência na leitura e compreensão do outro, por um lado, e no estabelecimento da relação médico doente, por outro lado. Este impacto foi, mais uma vez, atribuído na sua maioria à utilização da máscara a qual apontaram como uma barreira do conhecimento, em especial num primeiro contato. Salientaram, ainda, que a máscara pode representar uma tarefa incapacitante, especialmente nos doentes com dificuldades sensoriais e/ou de comunicação no perfil de base, provocando défices acrescidos ao potenciar as dificuldades já existentes e acrescentar limitação na linguagem não verbal ou estímulos sensoriais desorganizadores.

Noutra vertente, relacionada com o esforço físico e mental inerente ao trabalho com as medidas de contingência, os médicos apontaram o aumento do esforço com cansaço e desgaste mais fáceis no final do dia. Tais resultados são também encontrados noutros estudos de investigação onde se associam à utilização da máscara cefaleias mais frequentes, sintomas de fadiga e sensação subjetiva de desconforto^(11,16).

Considerando as atitudes compensatórias perante as medidas de contingência, em particular a utilização da máscara, identificaram-se estratégias interessantes, por um lado, a intensificação da comunicação verbal, por outro, a diversificação da comunicação não-verbal com maior gesticulação, entoação, expressividade com o corpo. Para estes objetivos, foram apontadas sugestões como a utilização de viseiras para preservar a expressividade e leitura facial, o recurso a perguntas abertas para permitir uma exploração livre e de acordo com o doente, mais tempo e maior frequência de consultas, como consequência das dificuldades acrescidas.

Ambos os grupos de médicos consideraram que as teleconsultas não são uma alternativa viável pois aumentam o cansaço e não permitem um *setting* terapêutico adequado aumentando o distanciamento relacional. Sugerem a videoconsulta

como uma alternativa mais adequada para a proximidade. Efetivamente, a videoconsulta tem a capacidade de captar o componente não verbal que a teleconsulta e a consulta presencial com máscara não proporcionam⁽¹⁷⁾. Em estudos recentes, conclui-se que a relação terapêutica estabelecida durante as consultas presenciais pode ser fomentada mesmo durante as videoconsultas⁽¹⁷⁾.

O nosso estudo apresenta algumas limitações. Foi utilizada uma amostra de conveniência e de reduzida dimensão, o que a constitui uma amostra não-representativa. Atendendo ao tamanho reduzido da amostra, não foi possível estabelecer e padronizar as características clínicas dos grupos amostrais dos utentes. Seria interessante avaliar a percepção subjetiva dos utentes de acordo com o perfil de cada um, nomeadamente o diagnóstico clínico principal, comorbilidades e traços de personalidade. Finalmente, o estudo debruçou-se sobre a percepção subjetiva de adolescentes e adultos, contudo seria interessante avaliar em idades mais novas e comparar os resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora qualitativos, estes resultados permitiram uma reflexão sobre o impacto que as medidas de contingências têm sobre a prestação de cuidados em Saúde Mental através da exploração da percepção subjetiva de adolescentes e adultos seguidos em consulta de Psiquiatria e de médicos psiquiatras.

Entre os vários aspetos abordados, destacou-se a importância do componente não-verbal da comunicação e da relação médico-doente nas consultas de saúde mental enfatizados por todos os participantes do estudo. Destacou-se a visão adaptada e positiva dos utentes face às medidas de contingência, contrastando com a visão mais apreensiva e negativa dos médicos. Não obstante esta discrepância, os médicos revelaram abertura à mudança e criatividade na procura de soluções de proximidade a uma distância segura.

BIBLIOGRAFIA

- (1) World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Situation Report. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- (2) Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Números da Crise e da Pandemia*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/NumerosDaCrise>
- (3) Direção-Geral da Saúde. (2020). *Ministério da Saúde. Comunicado Covid-19*. Atualização de 01-03-2020. <https://covid19.min-saude.pt/comunicados/>

- (4) Costa, F. D., & Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: Um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med*, 34(2), 261-2699.
- (5) Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: Utilização pelos enfermeiros*. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf?fbclid=IwAR25ai02PWQBZ1G_G5APyI8uft6ukxt_eVeD2BejFuqHaFV_9QJZxH4nmVU
- (6) Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*, 21(Suppl. 1), 28-34.
- (7) Wong, C. K. M., Yip, B. H. K., Mercer, S., Griffiths, S., Kung, K., Wong, M. C. S., Chor, J., & Wong, S. Y-S. (2013). Effect of facemasks on empathy and relational continuity: A randomised controlled trial in primary care. *BMC Fam Pract*, 14.
- (8) Saunders, G. H., Jackson, I. R., & Visram, A. S. (2020). Impacts of face coverings on communication: An indirect impact of COVID-19. *Int J Audiol*. <https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1851401>
- (9) Green, J., Staff, L., Bromley, P., Jones, L., & Petty, J. (2021). The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper. *J Neonatal Nurs*, 27(January), 21-25.
- (10) Young, S. L., Smith, M. L., & Tatham, A. J. (2020). Visual field artifacts from face mask use. *J Glaucoma*, 29(10), 989-991.
- (11) Scheid, J. L., Lupien, S. P., Ford, G. S., & West, S. L. (2020). Commentary: Physiological and psychological impact of face mask usage during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18), 1-12.
- (12) Pörschmann, C., Lübeck, T., & Arend, J. M. (2020). Impact of face masks on voice radiation. *J Acoust Soc Am*. 148(6), 3663-3670.
- (13) Marler, H., & Ditton, A. (2021). “I’m smiling back at you”: Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 205-214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
- (14) Saint, S. A., & Moscovitch, D. A. (2021). Effects of mask-wearing on social anxiety: An exploratory review. *Anxiety, Stress, and Coping*, 34(5), 487-502. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1929936>
- (15) Mheidly, N., Fares, M. Y., Zalzale, H., & Fares, J. (2020). Effect of face masks on interpersonal communication during the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, 582191. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
- (16) Makowiec-Dąbrowska, T., Gadzicka, E., & Bortkiewicz, A. (2021). Koszt fizjologiczny noszenia masek ochronnych – Narracyjny przegląd literatury [Physiological cost of wearing protective masks – A narrative review of the literature]. *Medycyna Pracy*, 72(5), 569-589. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01107>

- (17) Dhahri, A. A., Iqbal, M. R., & Pardoe, H. (2020). Agile application of video telemedicine during the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 12(11), e11320. <https://doi.org/10.7759/cureus.11320>.

ABSTRACT

Introduction: *In March 2020, the World Health Organization declared the SARS-CoV2 outbreak a worldwide pandemic. With regard to health care, especially in mental health care, the new measures necessarily determined changes in healthcare management, therapeutic interventions and health care professionals demanding adaptations.*

Material and methods: *Qualitative study, carried out between 1st december, 2020 and 31st may, 2021, aiming at the perception by physicians and patients of the impact of the pandemic contingency measures (such as facemask usage, social distancing, lack of physical contact and constant disinfection of surfaces) on the provision of mental health care. We interviewed 20 physicians (child and adolescent psychiatrists and psychiatrists) and 20 patients (adolescents and adults), recruited from the outpatient clinic of the Child Psychiatry Service of Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), Child Psychiatry Department of Centro Hospitalar Universitário de Santo António and the Psychiatry Service of CHVNG/E.*

Results: *The sample was divided into four groups: adolescents, adults, child and adolescent psychiatrists and psychiatrists. The interviews were analyzed based on a categorical analysis grid: physician-patient relationship, physician-patient relationship's trust and satisfaction, demonstration of emotional support, use of the five senses and appointment conditions. In general, adolescents did not consider that contingency measures have an impact on the physician-patient relationship or demonstration of emotional support. Adults outlined an increase in satisfaction when these measures were accomplished. However, they highlighted the distancing feeling when using masks and physical contact absence. The non-verbal expression reading difficulty was the child and adolescents psychiatrists' main problem, with a negative subjective impact on the therapeutic relationship. In addition to the mask, psychiatrists mentioned physical distancing and the absence of touch, especially in crisis situations, negatively affecting the relationship with patients.*

Conclusion: *Although qualitative, these results allowed a reflection on the contingency measures impact on mental health care provision. The non-verbal communication and the physician-patient's relationship in mental health appointments were highlighted. The patients' adaptation and positive point of view regarding the contingency measures opposed to the physicians' more apprehensive and negative point of view. Despite this discrepancy, the physicians revealed to be open to changes and creativity in the search for proximity solutions at a safe distance.*

Key words: Covid-19, Measures, Impact, Physician-patient relationship, Mask, Physical distancing, Disinfection

REVISITANDO O EFEITO DE WERTHER NO SÉCULO XXI – O CASO POLÉMICO DE 13 REASONS WHY

Maria João Lobato ^{1*}
João Quarenta ^{1*}
Paula Gouveia ²
Carla Maia ²

RESUMO

As tentativas de suicídio, raras no período que antecede a puberdade, apresentam incidência máxima na adolescência e adulto jovem, sendo que o suicídio constitui a segunda causa de morte entre os 15 e 19 anos de idade.

O termo Efeito de Werther, cunhado pelo Sociólogo americano David Phillips no ano de 1974, designa a relação entre a exposição mediática do suicídio ao aumento efetivo de comportamentos suicidários registados, sobretudo, no mês seguinte à sua divulgação. Este termo teve como inspiração o romance de Goethe, Die Leiden des Jungen Werthers que termina tragicamente com o suicídio do seu protagonista e que foi relacionado com uma onda de suicídios, num contexto semelhante ao descrito no Romance, em jovens do sexo masculino, após a sua publicação no ano de 1774.

A 31 de março de 2017 estreou em Portugal e no Brasil a série 13 Reasons Why que explora detalhadamente o suicídio de uma jovem de 17 anos após ter sido vítima de boatos, bullying e abuso sexual na escola e que sentiu não ter sido apoiada pelos amigos, família ou comunidade escolar. A sua estreia foi seguida de uma intensa discussão acerca da possibilidade de esta constituir um potenciador para comportamentos suicidários e parassuicidários em jovens em risco ou mais suscetíveis ao efeito de contágio. Neste trabalho, partindo da premissa do Efeito de Werther, pretende-se estudar a relação entre o interesse relacionado com suicídio e a estreia de 13 Reasons Why, através dos dados fornecidos pelo Google Trends, tanto em Portugal, como no Brasil. Pela análise dos resultados foi possível concluir que houve efetivamente um aumento do número de pesquisas da palavra-chave

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS). Penafiel, Portugal.

² Assistente Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do DPSM do CHTS. Penafiel, Portugal.

* Os autores tiveram igual participação na elaboração do presente artigo.

“suicídio” no mês seguinte à estreia desta série, suportando, desta forma, a hipótese colocada. Assim, podemos concluir que o Efeito de Werther é um conceito intemporal, embora mutável com a evolução da sociedade e tecnologia.

Palavras-chave: Suicídio, Adolescência, Efeito Werther, 13 Reasons Why.

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma preocupação crescente em termos de saúde pública em Portugal e em todo o mundo, sendo responsável por cerca de um milhão de mortes a cada ano⁽¹⁾. Dados recentes da OMS colocam Portugal abaixo da média europeia, mas superior à mundial⁽²⁾.

Suicídio e comportamentos parassuicidários têm incidência máxima na adolescência e adulto jovem e constituem, segundo dados fornecidos pela Direção Geral de Saúde, a segunda causa de morte entre os jovens com idade compreendida entre 15 e os 19 anos^(3,4). Os *disability-adjusted life-years (DALYs)* consistem numa métrica que combina as estimativas dos anos de vida saudável perdidos por morte prematura ou por doença/incapacidade. A nível mundial, em 2019, segundo dados da análise sistemática da *Global Burden of Disease Study*, os comportamentos autolesivos constituem a terceira maior causa de anos de *DALYs* em jovens com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos⁽⁵⁾. Nos últimos 20 anos, a taxa de suicídio tem mostrado um padrão em crescendo a nível mundial, com aumento de 35% entre os 10 e os 14 anos, 22% entre os 15 e os 19 anos e 21% entre os 20 e os 24 anos, o que reflete a importância e pertinência da sua discussão na atualidade⁽⁶⁾. Na entrevista ao expresso, Ana Matos Pires, assessora do Programa Nacional para a Saúde Mental, baseando-se em dados europeus de 2017 do Institute for Health Metrics & Evaluation, refere que “uma em cada seis mortes de pessoas entre os dez e os 29 anos em Portugal é por suicídio. Na verdade, já é a principal causa de morte junto de crianças e jovens adultos no país”⁽⁷⁾.

Estudos na área da Suicidologia concluíram, de forma consistente, que existem determinados fatores de risco individuais que predis põem a estes comportamentos, entre os quais se destacam o uso de substâncias, tentativas de suicídio prévias, traços disfuncionais da personalidade e existência de psicopatologia^(6,8,9). A estes precipitantes, somam-se outros stressores, como o contexto interpessoal (intra e extra-familiar) disfuncional, com comportamentos autolesivos e/ou patologia mental⁽⁸⁾. É de salientar que a existência de comportamentos autolesivos na adolescência mostrou estar relacionada, *per se*, com um

risco dez vezes superior de suicídio na idade adulta⁽⁹⁾. Por outro lado, uma boa estrutura de suporte em termos familiares e escolares, autoestima positiva preservada, sucesso escolar e escolas seguras são considerados fatores contentores e mesmo protetores para este tipo de comportamentos⁽⁹⁾.

Além dos fatores de risco acima referidos, tem-se tornado cada vez mais evidente que a exposição mediática do suicídio constitui um fator determinante, principalmente na adolescência, para a incursão em comportamentos suicidários/parassuicidários, fenómeno que pode ser designado de “suicídio por contágio”⁽⁴⁾. Este, conhecido como *Efeito de Werther*, define-se como a disseminação de ideais ou comportamentos suicidas após a divulgação mediatizada de um caso de suicídio, especialmente de uma celebridade. O termo *Efeito de Werther* que teve como inspiração o Romance “A mágoa do jovem Werther”, de Goethe, foi cunhado pelo sociologista David Phillips, em 1974⁽¹⁰⁾. O romance, publicado em 1774, conta a história de um amor impossível entre dois jovens que culmina com o suicídio do protagonista, com arma de fogo, sentado à secretária e vestido com casaco azul e calças amarelas. David Phillips, ao estudar a onda de suicídios de jovens que ocorreu por toda a Europa após a publicação do livro, apercebeu-se que o contexto e envolvência em que estes ocorreram era em tudo semelhante às retratadas no romance, daí a designação de “Efeito Werther”⁽¹¹⁾.

São vários os casos ao longo da história em que o *Efeito de Werther* foi evidente, como o suicídio de Marilyn Monroe, cuja mediatização foi associada a um aumento de 40% na taxa de suicídio no mês que se seguiu à sua morte, particularmente no sexo masculino⁽⁶⁾. Contudo, a associação entre o *Efeito de Werther* e a mediatização do suicídio não parece ser tão simples nem linear. Dois exemplos são os de Ernest Hemingway e de Kurt Cobain cuja morte, por suicídio, não foi associada a um aumento do número de mortes com características semelhantes nos meses subsequentes⁽⁶⁾.

Recentemente, a série *13 Reasons Why* gerou enorme polémica devido ao seu potencial risco de contágio de comportamentos suicidários ou parassuicidários. A série televisiva foi intensamente criticada pela sua narrativa, detalhada, gráfica e simplista, do suicídio de uma jovem de 17 anos, glorificando o ato e retratando-o como uma forma de vingança dirigida aos colegas, ignorando por completo as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a cobertura dos casos de suicídio, sobretudo tendo em conta grupos de elevado risco, com psicopatologia relevante prévia⁽¹²⁾. O impacto da série foi, inclusivamente, alvo de vários estudos, um dos quais⁽¹³⁾ associou a série a pelo menos 195 mortes adicionais nos Estados Unidos da América nos 2 meses seguintes à sua estreia. Esta associação foi mais notória e significativa na faixa etária dos 10-17 anos, e estas mortes não foram melhor explicadas por outras causas⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

O objetivo principal do nosso estudo consistiu em analisar o aumento das pesquisas relacionadas com suicídio após a estreia da série *13 Reasons Why*, assim como perceber a pertinência da discussão do *Efeito de Werther* na atualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão da literatura de artigos selecionados, escritos em português ou inglês, recorrendo ao motor de pesquisa *Pubmed* e utilizando os termos “*13 Reasons Why*”, “suicide/suicidal behaviours/suicide ideation/suicide rate” e “youth/adolescents”. Para além disto, seleccionámos manualmente alguns livros e artigos relacionados com a adolescência e a perspetiva da morte e suicídio nesta faixa etária. Após revisão da literatura, foi realizada uma investigação, utilizando o *Google Trends*, cujo objetivo principal consistia em estudar o impacto da estreia da série *13 Reasons Why* no aumento do risco de comportamentos suicidários ou parasuicidários. O motor de pesquisa do *Google*, atualmente responsável por 92.42% das pesquisas realizadas online em todo o mundo⁽¹⁴⁾ permite, através da ferramenta *Google Trends*, obter os dados da proporção de interesse de um determinado tópico com base no seu número de pesquisas num determinado período de tempo. Assim, propusemo-nos analisar os dados relativos à pesquisa “*13 Reasons Why*” e “Suicídio” no ano de 2017, data em que se exibiu a série, em Portugal e no Brasil, correlacionando-os temporalmente. Optámos por seleccionar estes dois países, não só pela sua proximidade histórica, mas também devido à unidade linguística, que permite eliminar algum do viés que uma tradução poderia induzir. Para além disto, a série estreou no mesmo dia nos dois países, o que elimina outro possível viés, no que respeita ao período de tempo que nos propusemos avaliar.

Os dados analisados dizem então respeito ao período temporal entre um mês antes da estreia da série e 2 meses após a estreia da mesma, tendo a informação dos tópicos de pesquisa “suicídio” e “*13 Reasons Why*” sido analisada num mesmo gráfico, permitindo-nos, desta forma, comparar os resultados de cada um dos tópicos e tirar elações acerca dos mesmos.

RESULTADOS

Os gráficos obtidos a partir do *Google Trends*, sobreponíveis entre os dois países, permitiram-nos constatar que houve, efetivamente, um aumento da proporção de interesse dos dois tópicos de pesquisa – “suicídio” e “13 Reasons Why” - após a data de estreia da série, a 31 de março de 2017, aumento este que foi mais evidente nas três semanas que se seguiram à referida estreia, tal como se pode observar nos Gráficos 1 e 2. Para além disto, podemos ainda constatar que o pico máximo de interesse (setas) pela série ocorreu aproximadamente ao 15º dia.



Gráfico 1. Portugal: Evolução da proporção de interesse ao longo do tempo



Gráfico 2. Brasil: Evolução da proporção de interesse ao longo do tempo

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no nosso estudo foram ao encontro de outros já existentes, como o de Ayers e seus colaboradores⁽¹⁵⁾ que constataram que ocorreu um aumento do interesse pelo tema “suicídio” após a estreia da série *13 Reasons Why*, com um aumento de 21% da procura dos contactos de linhas de ajuda para a prevenção do suicídio e um aumento de 26% de pesquisas relacionadas com a prevenção do suicídio. Hong et al.⁽¹⁶⁾ concluíram que, para certos jovens, o facto de terem assistido à série esteve correlacionado com um aumento do seu risco de suicídio, e, para além disto, que a identificação com a personagem principal e reações emocionais fortes à série podem constituir marcadores para um aumento deste risco. Num outro estudo, mais recente, levado a cabo por Bridge e seus colaboradores⁽¹³⁾, cujo objetivo principal consistia em avaliar a associação entre a estreia de *13 Reasons Why* e a taxa de suicídio em indivíduos dos 10 - 64 anos, concluiu que houve efetivamente um aumento significativo das taxas de suicídio em crianças e adolescentes (faixa etária dos 10 aos 17 anos) no mês seguinte à estreia da série e que as taxas de suicídio se mantiveram elevadas nos dois meses seguintes ao seu lançamento, sendo diretamente responsáveis por 195 mortes adicionais. De acordo com a Netflix, a série foi a terceira mais vista num padrão de *binge watching* (assistir a vários episódios de uma série ou programa de televisão, um após o outro) em 2017, o que pode ter contribuído para o maior impacto na proporção de interesse neste período temporal⁽¹³⁾. Esta proporção de interesse foi partilhada com o constatado em redes sociais dominantes como o *Twitter* e o *Instagram*, onde o número de publicações sobre a mesma teve um padrão semelhante no período após a sua estreia⁽¹⁷⁾.

Os achados obtidos, não podendo ser imputados em absoluto ao programa de televisão, são demonstrativos do potencial impacto deste tipo de exposição do suicídio numa população suscetível, neste caso em adolescentes e jovens adultos, a população-alvo da série. Contudo, a investigação levada a cabo por Ayers et al.⁽¹⁵⁾ corrobora os dados obtidos. Estes afirmam: “... as tendências de pesquisa do termo “suicídio” estão correlacionadas com suicídios reais, a cobertura de suicídios pelos *media* coincide com o aumento de tentativas de suicídio e as pesquisas de métodos de suicídio aumentaram após o lançamento da série”.

A Adolescência, atualmente reconhecida como um conjunto de múltiplas transições, é o período, por excelência, da luta pela individuação e autonomia. No entanto, o desenvolvimento do adolescente deverá ser sempre percebido tendo em conta o seu contexto biológico, social, familiar, comunitário, cultural e histórico⁽¹⁸⁾.

Numa perspetiva psicodinâmica, a adolescência é o período em que se efetua o trabalho de luto das figuras parentais, de assunção da identidade própria e da escolha do objeto de amor⁽¹⁹⁾. Numa perspetiva sociológica, neste período, verifica-se uma diminuição progressiva da dependência das figuras parentais acompanhada por uma progressiva autonomia na tomada de decisões, onde é perceptível o aumento da influência dos pares^(18,20). No entanto, o processo de construção de uma identidade própria assume-se à medida que se esbate a identificação aos outros; identificação esta que é normalmente um processo inconsciente. Durante o desenvolvimento, o adolescente é levado a efetuar uma reorganização das suas identificações e a construir, desta forma, uma nova identidade, a sua identidade própria. O adolescente transita, desta forma, da identificação com as figuras paternas para modelos extrafamiliares. No entanto, as figuras de identificação da infância não desaparecem totalmente, mas são antes relativizadas^(19,20). Este processo de transição envolve um doloroso luto dos laços aos pais e, por outro lado, uma transferência afetiva para os pares, assim como a sua idealização. Esta passagem implica, assim, conflituosidade interna e externa e pode evoluir de múltiplas formas, que vão desde uma crise de desenvolvimento até descompensações psicopatológicas mais ou menos graves⁽²⁰⁾.

Durante este complexo processo de reorganização identitária o adolescente vai reelaborando conceitos relacionados com o sentido da vida, da existência e o significado da morte. A “característica da adolescência é viver como se a morte não existisse ou não fosse ocorrer com jovens, porque são fortes, poderosos, inteligentes”⁽²¹⁾. De acordo com Cassorla (1992 como citado em E. Dias, 2011, p. 275⁽²²⁾), “a consciência da morte configura-se como uma ferida narcísica, de caráter terrorífico”. A adesão a fantasias, crenças e rituais que explicam e garantem o prolongamento da vida servem de âncoras ao medo intenso que a morte provoca⁽²⁰⁾. É, precisamente, a visão do suicídio como ato de vida e não de morte, aliado ao sentimento de onipotência típico da adolescência, que aumenta o risco de comportamentos suicidas neste grupo etário. Citando Daniel Sampaio⁽²³⁾ “A autodestruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, ruturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência. Quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão, certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente”. A fantasia do “o que vai acontecer após a minha morte” e o suicídio

como ato de vingança (com uma vertente de *glamourização* e glorificação do suicídio como uma decisão heróica) estão patentes na série *13 Reasons Why*, podendo este ser um dos fatores de identificação dos jovens, capaz de levar ou condicionar comportamentos suicidários ou parassuicidários, especialmente em jovens mais suscetíveis e permeáveis. Não deixa, contudo, de existir um carácter paradoxal nesta série, já que pode contribuir para a discussão pública e familiar de questões sensíveis, com um impacto facilitador na abordagem a temas habitualmente difíceis de explorar, como é o caso do *bullying*, da violação e do próprio suicídio e de outros comportamentos autolesivos. Este potencial benefício implica, no entanto, que os pais e cuidadores tenham um papel ativo na gestão da informação que a série veicula, de modo que a mesma possa ser integrada de forma mais construtiva e facilitadora da narrativa exibida. A evocação de temas ligados à culpa, suicídio, vingança e *bullying*, que atravessam de modo crescente a série, banalizam, à semelhança do que acontece noutras produções fictícias e não fictícias, o excesso de violência e carga dramática retratadas. Por sua vez, esta exposição pode ser quase omnipresente, não filtrada, no sentido em que se vulgariza a possibilidade de escolha de conteúdos nas várias plataformas mediáticas e até nas redes de acesso aberto⁽²⁴⁾. É desta persistência que se fundamenta o receio de vários atores de se banalizar o sofrimento, numa dessensibilização progressiva e com potencial impacto a longo prazo, nomeadamente na aprendizagem social, tal como Bandura, já em 1973, havia referido há cerca de 40 anos atrás⁽²⁵⁾.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados do estudo não permite afirmar, por si só, que houve uma associação inequívoca entre a estreia da série e o interesse relacionado com suicídio. Contudo, pela revisão bibliográfica efetuada e tendo em conta a coincidência temporal dos achados no *Google Trends* torna-se legítimo, e pertinente, discutir o impacto que o tema do suicídio, tal como exposto na série *13 Reasons Why*, pode ter nos jovens. Isto ganha relevância particularmente nos mais vulneráveis, o que destaca a importância de serem adotadas medidas que diminuam este risco. Isto é tão verdadeiro agora como quando foi publicado o romance de Goethe, em que o livro foi banido de alguns países, tal foi o impacto atribuído à obra.

Apesar dos produtores terem já introduzido uma nota introdutória no início de cada episódio, alertando os jovens para o facto de serem abordados conteúdos sensíveis e que estes deverão recorrer a um adulto em caso de pensamentos de morte ou ideação suicida, o risco mantém-se. Assim, a colaboração entre os

media e especialistas em Saúde Mental parece-nos crucial quando são abordados temas delicados com potencial impacto negativo, particularmente no caso do suicídio em jovens mais permeáveis/suscetíveis.

Mais investigação nesta área é necessária, tanto na associação dos achados do estudo, como, com partilhar prioridade, no que respeita à potencial influência do conteúdo transmitido pelos *media*, nomeadamente o suicídio nos jovens, na Saúde Mental e risco suicida nos jovens expostos a estes conteúdos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bohanna, I. (2013). Suicide “contagion”: What we know and what we need to find out. *Can Med Assoc J*, 185(10), 861-862.
- (2) World Health Organization. (2019). Suicide rate estimates, crude – Estimates by WHO region. *Appswho.int*.
- (3) Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017.
- (4) Yıldız, M., Orak, U., Walker, M., & Solakoglu, O. (2018). Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Stud*, 43(6), 365-371.
- (5) Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adekanmbi, V., Adeoye, A. M., Adetokunboh, O. O., ... Amini, S. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- (6) Bourbon, M. J. (2021). Suicídio é a principal causa de morte em crianças e jovens adultos em Portugal. *Expresso*.
- (7) Ortiz, P., & Khin Khin, E. (2018). Traditional and new media’s influence on suicidal behavior and contagion. *Behav Sci Law*, 36(2), 245-256.
- (8) Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Front Psychiatry*, 9.
- (9) AAS. (2015). Youth suicidal behavior fact sheet. *American Association of Suicidology*, 1.
- (10) Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect. *Am Sociol Rev*, 39(3), 340.
- (11) Silverman, M. (2016). The sorrows of young Werther and Goethe’s understanding of melancholia. *Psychoanal Q*, 85(1), 199-209.
- (12) Zimmerman, A., Caye, A., Salum, G., Passos, I., & Kieling, C. (2018). Revisiting the Werther Effect in the 21st century: Bullying and suicidality among adolescents who watched 13 Reasons Why. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(8), 610-613.

- (13) Bridge, J., Greenhouse, J., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., & Sheftall, A. et al. (2020). Association between the release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An interrupted time series analysis. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 236-243.
- (14) Search Engine Market Share Worldwide | StatCounter Global Stats. (2019). *StatCounter Global Stats*.
- (15) Ayers, J., Althouse, B., Leas, E., Dredze, M., & Allem, J. (2017). Internet searches for suicide following the release of 13 Reasons Why. *JAMA Internal Medicine*, 177(10), 1527.
- (16) Hong, V., Ewell Foster, C., Magness, C., McGuire, T., Smith, P., & King, C. (2019). 13 Reasons Why: Viewing patterns and perceived impact among youths at risk of suicide. *Psychiatric Services*, 70(2), 107-114.
- (17) Niederkrotenthaler, T., Stack, S., Till, B., Sinyor, M., Pirkis, J., Garcia, D., Rockett, I. R. H., & Tran, U. S. (2019). Association of Increased youth suicides in the United States with the release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 933-940. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2019.0922>
- (18) Coghill, D. (2009). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Oxford Univ.
- (19) Doellinger, O. (2017). *Corpo e identidade. Perspetiva psicodinâmica da unidade somato psíquica*. Lisboa: Lidel.
- (20) Martins, J., Simões, M. (2019). *Crime, desvio e risco na adolescência*. Lisboa: Edições Sílabo.
- (21) Esslinger, I., Kovács, M. (2004). *Adolescência: Vida ou morte?*. São Paulo: Ática.
- (22) Dias, E. (2011). Adolescência e morte: Representações e significados. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(2), 273-281.
- (23) Sampaio, D. (2000). Tudo o que temos cá dentro (p. 152). Lisboa: Caminho.
- (24) Huesmann, R. R., Moise-Titus, J., Podolski, C. L., & Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental Psychology*, 39(2), 201-221. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.201>
- (25) Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.

ABSTRACT

Suicide attempts, rare before puberty, have a maximum incidence during adolescence and early adulthood, with suicide being the second cause of death between the ages of 15 and 19 years old.

The term Werther Effect, coined by the American Sociologist David Phillips in 1974, designates the relationship between media exposure of suicide and the increase in registered suicidal behaviours, especially in the month following its release. This concept was inspired by Goethe's Romance, Die Leiden des Jungen Werthers, which tragically ends with the suicide of its protagonist. This Romance

was related to a wave of suicides, in a context similar to that described in the novel, of young males, after its publication in 1774.

13 Reasons Why is an American teen drama web television series originally developed for Netflix whose premiere in Portugal and Brazil took place on March 31, 2017. 13 Reasons Why explores with detail the suicide of a 17-year-old girl after being the victim of gossip, bullying and sexual assault at school and who felt she had not been supported by friends, family or school. Its premiere was followed by an intense discussion about the possibility of being a trigger for suicidal and parasuicidal behaviours among susceptible young people. In this work, based on the premise of the Werther Effect, we intend to study the relationship between the interest related to suicide and the premiere of 13 Reasons Why, using data provided by Google Trends, in Portugal and in Brazil. After analysing the results, we were capable to conclude that there was, indeed, an increase in the number of searches for the term “suicide” in the month following the premiere of 13 Reasons Why, which supports our hypothesis. Thus, we can assume that the Werther Effect is a timeless concept, although changeable with the evolution of society and technology.

Key words: Suicide, Adolescence, Werther Effect, 13 Reasons Why.

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO E DE PEDOPSIQUIATRIA – COMPLEMENTARES OU REDUNDANTES

Ana Margarida Moreira¹
Rebeca Cifuentes²
Patrícia Lopes³
João Estrada³
Sílvia Afonso³

RESUMO

Introdução: *As perturbações do neurodesenvolvimento são situações que requerem uma abordagem multidisciplinar, necessitando da intervenção de múltiplos profissionais de diferentes áreas e da sua articulação estreita para suportar uma evolução mais favorável destes doentes.*

Objetivo: *Caracterizar a população de utentes em seguimento simultâneo em consultas de Neurodesenvolvimento e Psiquiatria da Infância e Adolescência.*

Material e métodos: *Estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com colheita de dados clínicos relativo às crianças e adolescentes simultaneamente seguidas em consultas de Neurodesenvolvimento e Psiquiatria da Infância e Adolescência, no mesmo hospital terciário durante o ano de 2015.*

Resultados: *Foram identificadas 105 crianças, 76% do sexo masculino e com idade mediana à primeira consulta de 4 anos [idade mín. 3 meses – máx. 11 anos], correspondentes a 12% do total de casos observados em consulta de Neurodesenvolvimento e 2% em consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Destas, 61% foram inicialmente referenciadas à consulta de Neurodesenvolvimento, 25% à Psiquiatria da Infância e Adolescência e 13,3% a ambas as consultas. Os apoios instituídos, incluindo psicomotricidade, terapia da fala, referência ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIP), foram maioritariamente pedidos pela consulta que primeiro observou a criança. À data da conclusão do estudo mantinham seguimento em ambas as consultas 68,5% dos casos.*

Conclusão: *Verificou-se uma taxa elevada de permanência em ambas as consultas durante o período em estudo, sugerindo que é pertinente rever quais as*

¹ Psiquiatra da Infância e Adolescência. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira EPE.

² Psiquiatra da Infância e Adolescência. Área de Pedopsiquiatria. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central EPE.

³ Pediatra. Unidade de Desenvolvimento. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central EPE.

situações clínicas que justificam o seguimento simultâneo. Por outro lado, este estudo realça a importância das reuniões entre serviços para discussão de casos clínicos, assim como a reflexão sobre a importância das equipas multidisciplinares.

Palavras-chave: Referenciação, Neurodesenvolvimento, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Equipa Multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

As perturbações do neurodesenvolvimento são das situações crónicas mais prevalentes na infância – estima-se que cerca de 10-20% ao longo deste período^(1,2). A sua abordagem é multidisciplinar, podendo necessitar da intervenção de várias especialidades médicas e da articulação estreita entre profissionais de saúde, terapeutas da comunidade, professores, educadores, pais e cuidadores, integrando várias perspetivas e metodologias. São situações que muitas vezes levantam desafios diagnósticos, cursam frequentemente com comorbilidades, e cuja evolução pode ser não linear ao longo do desenvolvimento psicomotor e emocional da criança. Nestes casos é fundamental uma abordagem biopsicossocial para o diagnóstico correto, um planeamento de intervenção adequado (intervenção terapêutica, apoios sociais, intervenção medicamentosa, articulação entre todos os intervenientes, etc.) de forma a suportar a trajetória do doente e família para uma evolução mais favorável⁽³⁾.

A consulta de Pediatria do Neurodesenvolvimento (doravante designada como “Desenvolvimento”)ⁱ e a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência (doravante designada como “Pedopsiquiatria”) intersetam-se a nível dos motivos de referenciação, dos objetivos terapêuticos, e da intervenção realizada. Com efeito, ambas recebem frequentemente crianças e adolescentes referenciados por queixas semelhantes, tais como o atraso da linguagem e na comunicação, agitação e comportamentos desafiantes e regressão no neurodesenvolvimento. Ambas as consultas pretendem apoiar as crianças e/ou adolescentes para uma melhor evolução clínica tendo em conta as suas competências, e o seu máximo potencial de desenvolvimento biopsicossocial, no contexto familiar e escolar. Por fim, a intervenção terapêutica realizada é convergente, incluindo a prescrição de psicofármacos (ex.: psicoestimulantes, neuroléticos), o encaminhamento para apoio em terapias dirigidas (ex.: psicomotricidade, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia) e a articulação com estruturas da comunidade (ex.: escolas,

ⁱ “Neurodesenvolvimento” é a designação correta atual, remetendo para a presumível patogénese neurológica/estrutural destas perturbações. “Desenvolvimento” é ainda usado como sinónimo em linguagem corrente.

jardins de infância, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), entre outras.

Apesar destas interseções, o Desenvolvimento e a Pedopsiquiatria seguem metodologias clínicas distintas, e podem ter perspetivas diferentes na intervenção. Este ponto é particularmente sensível, uma vez que existe o risco de redundância, com sobreposição ou até mesmo de antagonismo, caso as indicações não sejam concertadas ou não exista um trabalho de cooperação convergente para o doente e sua família.

Para otimizar a cooperação entre as duas consultas, e evitar a redundância, é pertinente estudar o grupo de crianças e adolescentes que são simultaneamente seguidos em ambas as consultas.

OBJETIVOS

Este trabalho pretende caracterizar o seguimento simultâneo em consultas de Desenvolvimento e Pedopsiquiatria, de crianças e adolescentes, no mesmo hospital terciário, no decorrer do ano de 2015.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Foram selecionadas todas as crianças e adolescentes com seguimento ativo em simultâneo na Unidade de Desenvolvimento e na Área de Pedopsiquiatria, do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central EPE, no período compreendido entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015. Procedeu-se à colheita, em cada caso, dos dados demográficos, motivo e origem do pedido de primeira consulta, diagnósticos, apoios prévios à primeira consulta e pedidos durante o seguimento, medicação, e se mantinham seguimento simultâneo no final do período de estudo. Foi realizada uma análise estatística utilizando o SPSS.

RESULTADOS

Foram identificadas 105 crianças e adolescentes com seguimento simultâneo em consulta de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria, 76% do sexo masculino,

com idade mediana de 7 anos [2-18 anos]. Esta amostra correspondia a 12% do total de casos observados na consulta de Desenvolvimento ($N=890$) e a 2% dos casos observados na consulta de Pedopsiquiatria ($N=5057$) no mesmo período. Em relação ao seguimento na consulta de Pedopsiquiatria, estes distribuíam-se pelas equipas de diferenciação técnica da Área Departamental de Pedopsiquiatria do seguinte modo: 40% dos casos na Unidade da Primeira Infância (UPI), dedicada a crianças até aos 4 anos de idade, 3% dos casos na Clínica da Juventude, dedicada à adolescência, e 57% nas restantes equipas, dedicadas à segunda infância.

Os pedidos de primeira consulta foram 61% dirigidos à consulta de Desenvolvimento, 25% à consulta de Pedopsiquiatria, e 13,3% simultaneamente a ambas as consultas. As origens mais frequentes dos pedidos de consulta foram as consultas de Pediatria Geral e Neuropediatria, o Médico de Família, e a escola (Quadro 1, em cima). Entre os motivos de referenciação, foram mais prevalentes o atraso do desenvolvimento psicomotor e atraso da linguagem para a consulta de Desenvolvimento, e o atraso da linguagem e problemas de comportamento para a consulta de Pedopsiquiatria (Quadro 1, em baixo). A idade mediana à primeira consulta foi globalmente de 4,3 anos [0-11 anos], embora, nos pedidos dirigidos apenas à Pedopsiquiatria, a distribuição tenha tendido mais para a primeira infância (estatisticamente não-significativo), com idade mediana de 2,7 anos [0-7 anos] (Figura 1).

As medidas de intervenção mais frequentes foram os pedidos de apoio de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade, Psicologia e Intervenção Precoce, apoio pedagógico personalizado e, integração em Unidade de Ensino Estruturado e Unidade de Apoio à Multideficiência (em relação à legislação em vigor na altura, o DL 3/2008). À data da primeira consulta, apenas 33% das crianças tinham apoios, dos quais 77% implementados pelas escolas. No seguimento subsequente em Desenvolvimento e/ou Pedopsiquiatria, 95% dos casos beneficiavam de intervenção terapêutica, maioritariamente pedidos pela consulta que primeiro observou a criança ou adolescente.

No final do período do estudo, 69,5% dos casos mantinham seguimento em ambas as consultas, 20% apenas em consulta de Desenvolvimento, 8,6% apenas em consulta de Pedopsiquiatria, e 1,9% abandonaram o seguimento. A manutenção dos seguimentos não apresentou correlações estatisticamente significativas com o diagnóstico^(4,5) (Quadro 2), nem com a referenciação inicial. Dos utentes que mantiveram seguimento simultâneo no final do período em estudo, 64% tinham sido inicialmente referenciados à consulta de Desenvolvimento, 25% à consulta de Pedopsiquiatria, e 11% simultaneamente a ambas. Verificou-se uma prevalência significativamente maior de terapêutica farmacoló-

gica nos casos que mantinham seguimento em ambas as consultas (72% versus 33%, $p=0.001$) (Figura 2).

Quadro 1

Encaminhamento inicial à consulta de Desenvolvimento (D), de Pedopsiquiatria (P), ou a ambas (D+P), por origem do pedido de consulta (acima) e por motivo de referência (abaixo). Foram considerados vários motivos de referência por caso, quando aplicável

Pedido de consulta	Pedida consulta			% Pedido inicial D+P
	D	P	D+P	
Origem do pedido				
Médico de Família	9	6	4	21%
Escola	9	3	-	0%
Pediatria (pedido interno)	16	4	2	9%
Genética	-	-	2	100%
Neurologia	13	2	3	17%
Endocrinologia	1	-	-	0%
Infeciologia	-	-	1	100%
Fisiatria	2	2	-	0%
Urgência	2	-	2	50%
Outro pedido interno	2	-	-	0%
Outro pedido externo	1	3	-	0%
Família	-	4	-	0%
Outra	4	3	-	0%
Desconhecido	5	-	-	0%
Motivo de referência				
Atraso Desenvol. Psicomotor	18	6	3	11%
Atraso da Linguagem	18	9	5	16%
Suspeita P. Espectro Autismo	12	6	7	28%
Dificuldade de Aprendizagem	12	3	4	21%
Agitação Psicomotora	12	6	5	22%
Problemas do Comportamento	13	8	5	19%
Irritabilidade / Excitabilidade	3	1	1	20%
Problemas do Sono	-	1	1	50%
Controlo dos Esfíncteres	-	1	1	50%
Tristeza	-	1	-	0%
Problemas Relacionais	4	3	1	13%
Doença Sindromática	4	2	1	14%
Doença Neurológica	1	-	-	0%
Pedido de Psicofármacos	-	1	1	50%
Total	64	27	14	69%

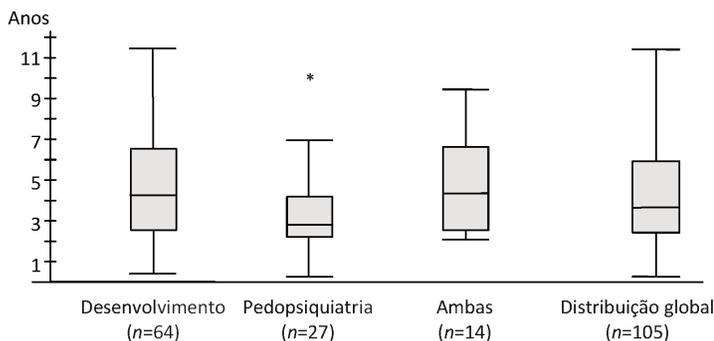


Figura 1. Distribuição por idades, de acordo com a consulta inicialmente pedida

Quadro 2

Número de casos que no ano subsequente mantiveram seguimento em Desenvolvimento (D), Pedopsiquiatria (P), ambas (D+P), ou nenhuma (Na), por grupo de diagnóstico. Foram considerados vários diagnósticos por caso, quando aplicável

Grupos de diagnósticos	Mantém seguimento				% Mantém seguimento D+P
	D	P	D+P	Na	
P. Desenvolvimento Intelectual	6	0	18	1	72%
Atraso Global D. Psicomotor	2	0	15	0	88%
P. Comportamento	8	1	13	2	54%
P. Espectro Autismo	2	1	14	3	70%
P. Hiperatividade Déficit Atenção	2	1	17	2	77%
P. Aprendizagem	1	0	4	0	80%
P. Motora	1	0	3	0	75%
Outras P. desenvolvimento	0	0	4	0	100%
P. Depressiva	0	1	1	0	50%
P. Ansiedade	1	0	2	0	67%
Trauma / P. Stress Pós-traumático	0	0	4	0	100%
P. Alimentação	1	0	0	0	0%
P. Eliminação	0	0	4	0	100%
P. Sono-vigília	0	0	1	0	100%
P. Disruptiva	1	0	7	0	88%
Sem diagnóstico	2	1	1	0	25%
DCO-3* Trauma / Stress	1	0	0	0	0%
DCO-3* Afeto	0	0	1	0	100%
DCO-3* Ajustamento	0	1	0	0	0%
DCO-3* Regulatória	2	1	6	0	67%
DCO-3* Sono	0	0	2	0	100%
DCO-3* Alimentação	1	0	0	0	0%
DCO-3* Relação / Comunicação	2	3	10	0	67%
Total (N=105)	21	9	72	3	69%

Nota. * DCO-3 (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood), referente a diagnósticos pela Unidade da Primeira Infância de Pedopsiquiatria.

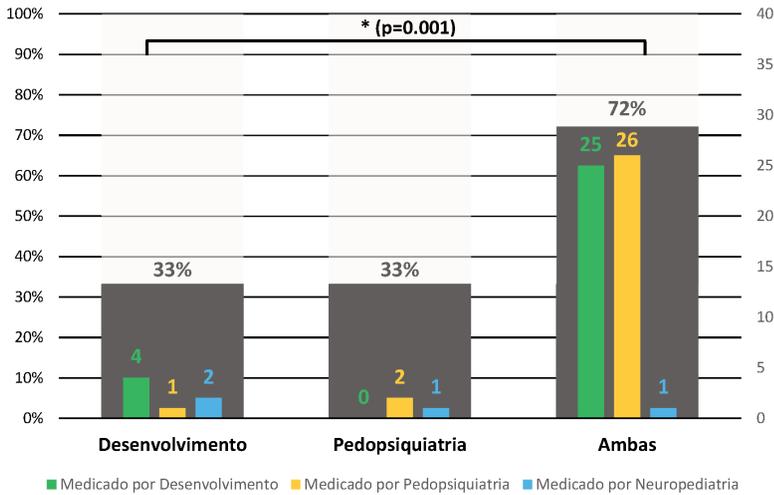


Figura 2. Proporção de casos sob terapêutica farmacológica, agrupados pelas consultas mantidas no final do período de estudo (em percentagem, escala à esquerda). Diferença significativa em teste do Qui-quadrado ($p=0.001$). As barras menores representam o número de casos cuja prescrição foi realizada, respetivamente, nas consultas de Desenvolvimento, Pedopsiquiatria e Neuropediatria (conforme a legenda, escala à direita)

DISCUSSÃO

Após revisão bibliográfica extensa, tanto quanto é do conhecimento dos autores, este é o único estudo que se debruça sobre o seguimento simultâneo nestas duas especialidades, podendo contribuir para ilustrar a importância de diferentes perspetivas na abordagem das perturbações do neurodesenvolvimento e para uma utilização mais racional dos recursos do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este estudo tem várias limitações, nomeadamente o facto de ser retrospectivo, se limitar a um período curto de seguimento e por este motivo, não incluir o perfil de funcionalidade final da criança ou adolescente (outcome).

Das crianças e adolescentes incluídos neste estudo, a maioria foi inicialmente referenciada a uma única consulta e, aquando dessa primeira observação, a maioria ainda não beneficiava de nenhum apoio dirigido às suas dificuldades. A primeira consulta realizada, quer fosse de Desenvolvimento ou de Pedopsiquiatria, foi o elo determinante no acesso inicial à intervenção e ao seguimento multidisciplinar. A simultaneidade do seguimento foi mais frequentemente solicitada pelos próprios pedopsiquiatras e pediatras do desenvolvimento. Na base destes pedidos poderá estar o intuito de obter uma resposta complementar,

diferente da especificidade da primeira consulta (a procura de uma maior de regularidade de seguimento, de um estudo etiológico/diagnóstico diferencial com quadros orgânicos/genéticos, uma maior capacidade de gestão da intervenção medicamentosa, uma maior garantia de acesso às terapias por reforço na prescrição, etc.).

Os pedidos de consulta de Pedopsiquiatria concentraram-se sobretudo na primeira infância, por motivos referentes a dificuldades do comportamento e para diagnóstico diferencial com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), enquanto os pedidos de consulta de Desenvolvimento foram mais prevalentes na segunda infância, no contexto provável de dificuldades de aprendizagem.

Verificou-se uma taxa elevada de permanência em ambas as consultas durante o período em estudo, ao fim do qual 68,5% das crianças e adolescentes mantinham o seguimento simultâneo em consulta de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria. Neste grupo, a prevalência de terapêutica farmacológica foi de 72%, significativamente superior à restante amostra ($p=0.001$), e superior à prevalência global de 44% das crianças seguidas na consulta de Desenvolvimento. Estes dados sugerem que o grupo que manteve seguimento simultâneo corresponde a casos clínicos mais complexos.

Admite-se que os casos inicialmente referenciados a ambas as consultas correspondam a uma maior perceção de gravidade ou à tentativa de obtenção de consulta mais célere. Não se verificou um efeito de sobre-representação destas referenciações iniciais simultâneas no grupo que manteve seguimento simultâneo no final do período do estudo, sugerindo que a perceção de gravidade na altura da referenciação teve baixa especificidade, e que esta prática poderá não ser a mais adequada na gestão racional de recursos dentro do SNS.

O papel do Pediatra Geral e do Médico de Família foi fundamental na suspeita diagnóstica e sinalização dos doentes. As diferentes perspetivas, metodologias de abordagem e diferentes recursos disponíveis do Serviço de Pedopsiquiatria e Unidade de Desenvolvimento permitem promover uma articulação multidisciplinar e, nestas situações, com reuniões periódicas e contacto frequente, é possível assegurar uma alocação racional dos recursos disponíveis na comunidade e no SNS, evitando a sobreutilização de recursos e potenciando resultados favoráveis. Na opinião dos autores, um adequado grau de especificidade nos pedidos de referenciação, nomeadamente com descrição dos sintomas, do seu contexto, e do enquadramento social da criança ou adolescente, é muito importante para identificar os casos prioritários a cada consulta.

O presente estudo reforça, por um lado, a importância da articulação do seguimento multidisciplinar entre a Pedopsiquiatria e a Pediatria do Desenvolvimento. É essencial que cada especialidade defina claramente o seu papel e os

seus focos de intervenção, e que haja discussão regular dos casos clínicos em comum. A prevalência relativa de casos em seguimento simultâneo permite também refletir sobre a implementação de equipas multidisciplinares, cujos benefícios descritos na literatura incluem reduzir a duplicação de serviços, melhorar qualidade dos cuidados, reduzir os erros médicos e aumentar a satisfação da família e dos cuidadores⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo ilustra a importância de diferentes perspetivas e metodologias de abordagem das perturbações do neurodesenvolvimento ao caracterizar uma população de crianças e adolescentes seguidos simultaneamente em consulta de Desenvolvimento e Pedopsiquiatria. Cerca de 69% mantinham seguimento simultâneo à data da conclusão do estudo. Este grupo corresponde provavelmente a casos complexos, que beneficiam da articulação entre as equipas de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria, sendo igualmente a maior proporção de doentes que se encontra sob terapêutica medicamentosa e intervenção terapêutica. Propõe-se uma reflexão sobre a implementação de equipas multidisciplinares, dedicadas às perturbações do neurodesenvolvimento, tendo em conta a sua complexidade, especificidade e cronicidade.

Seria pertinente realizarem-se mais estudos semelhantes noutros hospitais, assim como seria interessante avaliar futuramente o *outcome* dos utentes do presente estudo. No seio das reuniões multidisciplinares seria importante definir critérios específicos para a referenciação para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência e para a Pediatria do Neurodesenvolvimento, para se evitar a redundância.

O presente estudo foi um dos pilares da criação do Centro de Estudos do Bebê e da Criança, que congrega as consultas de Pediatria do Neurodesenvolvimento e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Neste centro as duas equipas trabalham a par, nas mesmas instalações físicas, o que facilita a cooperação e a intervenção conjunta quando necessário, além da partilha de experiências.

BIBLIOGRAFIA

- ⁽¹⁾ Oliveira, G., Duque, F., Duarte, C., Melo, F., Teles, L., Brito, M., Vale, M C., Guimarães, M. J., & Gouveia, R. (2012). Pediatria do Neurodesenvolvimento. Levantamento nacional de recursos e necessidades. *Acta Pediatr Port*, 43(1), 1-7.

- (2) Oliveira, G. (2011). A Pediatria do Neurodesenvolvimento, o que é? *Acta Pediatr Port*, 42, 61-63.
- (3) Patel, D., & Pratt, H. D. (2011). Principles of team care for children with developmental disabilities. In D. Patel, D. E. Greydanus, H. Omar, & J. Merrick (Eds.), *Neurodevelopmental disabilities: Clinical care for children and young adults* (1st ed., chp. 23, pp. 369-379). Springer Netherlands.
- (4) American Psychiatric Association. (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.
- (5) Zero to Three. (2005). *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families.
- (6) Goodman, R., & Stcott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

ABSTRACT

Introduction: Neurodevelopmental disorders are situations that require a multidisciplinary approach for their effective management, require the intervention of multiple professionals from different areas and their close coordination to support a more favorable evolution of these patients.

Objective: To characterize outpatients with simultaneous follow-up in Developmental Pediatrics and Child and Adolescent Psychiatry.

Material and methods: Observational, retrospective and descriptive study, with clinical data from outpatients followed in Developmental Pediatrics and Child and Adolescent Psychiatry in the same tertiary hospital during 2015.

Results: A total of 105 children were identified, 76% male, median age 4 years [3 months – 11 years] at the first appointment, corresponding to 12% of the total outpatients observed in the Developmental Pediatrics clinic and 2% in the Child and Adolescent Psychiatry clinic. Of these, 61% were initially referred to Developmental Pediatrics, 25% to Child and Adolescent Psychiatry and 13,3% to both clinics. Support measures – including psychomotricity, speech therapy, National Early Intervention System – were overwhelmingly requested in the first appointment. 68,5% of patients kept being followed in both clinics.

Conclusion: There was a high rate of permanence in both clinics during the study period, prompting queries on the clinical justification for such simultaneous follow-up. On the other hand, this study highlights the importance of inter-departmental meetings to discuss clinical cases, and considers the implementation of multidisciplinary teams.

Key words: Referall, Neurodevelopment, Child and Adolescent Psychiatry, Multidisciplinary Team.

ANSIEDADE, VINCULAÇÃO E BIOMARCADORES NEUROENDÓCRINOS EM CRIANÇAS OBESAS

Inês Pinto¹
Simon Wilkinson²
Daniel Virella³
Marta Alves⁴
Conceição Calhau⁵
Rui Coelho⁶

RESUMO

Introdução: *A qualidade da relação entre a criança e o seu cuidador principal afecta o neurodesenvolvimento da criança e a sua regulação emocional. Pretende-se explorar as associações entre biomarcadores neuroendócrinos, ansiedade e depressão, utilizando a avaliação da vinculação e do funcionamento familiar como possíveis variáveis intermediárias em crianças obesas.*

Métodos: *Numa amostra de conveniência de 104 crianças obesas ($IMC^i > p95$; idade média 10,9 anos; 55 meninos), foram medidos biomarcadores neuroendócrinos, avaliados os sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de vinculação com auto e hetero-questionários (EADSⁱⁱ, CBCLⁱⁱⁱ e IVIA^{iv}); o funcionamento familiar foi classificado através da FACES-III^v.*

Resultados: *Observou-se uma correlação negativa significativa ($rs = -0,779$; $p = 0,003$) entre o cortisol das raparigas e os sintomas maternos de ansiedade. As*

¹ Pedopsiquiatra, Doutorada, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal.

² Pedopsiquiatra, Professor, Oslo University Hospital. Oslo, Norway.

³ Pediatra Neonatologista, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

⁴ Estatista, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

⁵ Nutricionista, Professora Associada com Agregação, NOVA Medical School. Lisboa, Portugal.

⁶ Professor Catedrático, Departamento de Neurociências e Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

ⁱ Body Mass Index.

ⁱⁱ Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para adultos; (Anxiety, Depression and Stress Scale, adult version).

ⁱⁱⁱ Child Behaviour Checklist.

^{iv} Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência.

^v Family Adaptation and Cohesion Scale.

estratégias de vinculação insegura do tipo evitante apresentaram uma associação significativa negativa com os níveis de cortisol ($R^2=0,352$).

Conclusões: Os achados sugerem uma associação específica entre o cortisol sérico nas crianças obesas e a ansiedade materna. Os processos envolvidos no desenvolvimento das estratégias de vinculação do tipo evitante parecem associar-se aos mecanismos regulatórios do eixo HPA^{vi}. Com a confirmação destas associações, as intervenções na saúde mental e obesidade poderiam dar maior ênfase à qualidade das relações materno-infantis.

Palavras-chave: Ansiedade, Vinculação, Cortisol, Obesidade infantil.

INTRODUÇÃO

Os sintomas de ansiedade e depressão são frequentes em crianças obesas^(1,2,3). A ansiedade, a depressão e a obesidade acarretam custos humanos e económicos reconhecidos, sendo pois importante investigar os mecanismos envolvidos na etiologia destas condições para uma melhor intervenção⁽⁴⁾. As perturbações mentais, como a ansiedade e a depressão, estão associadas a deteriorações na saúde pública que são equivalentes às de outras doenças físicas crónicas⁽⁴⁾; no entanto, são estigmatizadas e consideradas menos importantes. Não é geralmente reconhecido que, quando as perturbações mentais coexistem com estas doenças físicas, a diminuição dos indicadores de saúde pública é substancialmente maior do que quando ocorrem sozinhas⁽⁵⁾.

Uma forma possível de interpretar a ligação entre a ansiedade, a depressão e a obesidade é a alimentação emocional. A activação da resposta ao stress pode levar à desregulação emocional que tem sido associada ao aumento do apetite, uma preferência por alimentos ricos em açúcar e gordura⁽⁶⁾, acumulação visceral de gordura e obesidade em adultos⁽⁷⁾ e adolescentes⁽⁸⁾. A este respeito, alguns autores revelaram que os sujeitos com excesso de peso face ao stress, ganham peso⁽⁶⁾ e que os indivíduos obesos aumentam a sua ingestão alimentar depois de terem experimentado emoções negativas e stress⁽⁹⁾. A adaptação relacionada com o stress envolve o conceito de alostase, que é a capacidade de alcançar o equilíbrio fisiológico através da mudança no ambiente interno⁽¹⁰⁾. As condições de stress crónico repetido ou incontrolável, são seguidas pela resposta atípica do cortisol e tendem a ativar um estado de carga alostática. Este estado facilita uma desregulação neurológica e emocional que contribui para comportamentos desadaptados, como consumos repetidos de alimentos altamente calóricos⁽¹¹⁾ e

^{vi} Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis.

falta de controlo sobre a ingestão alimentar⁽¹²⁾. Estes resultados sugerem que as respostas psicofisiológicas ao stress podem influenciar o comportamento alimentar subsequente.

O estado mental materno e comportamento associado é outro fator adicional que pode promover o desenvolvimento da obesidade nas crianças e que deve ser considerado. O estado mental materno pode afectar diretamente o risco das crianças se tornarem obesas, fomentando o stress e a excitabilidade emocional nas próprias crianças. Isto pode levar a um aumento da secreção das hormonas de stress, o que, por sua vez, pode levar a uma maior acumulação de gordura em depósitos viscerais⁽¹³⁾. O stress materno também pode afectar indiretamente o risco das crianças se tornarem obesas devido à sua influência adversa nos comportamentos relacionados com a saúde, por exemplo, uma maior adesão materna aos fast food, uma menor monitorização materna do comportamento sedentário das crianças, ou um menor envolvimento no estilo de alimentação⁽¹⁴⁾.

As mães com sintomas de ansiedade e depressão e os seus descendentes, tendem a ter níveis semelhantes de biomarcadores neuroendócrinos, tais como níveis periféricos alterados de cortisol, de dopamina e serotonina; apresentam ainda uma ativação frontal direita no eletroencefalograma e no tónus vagal⁽¹⁵⁾. Se se definissem subgrupos específicos, em que os pacientes com certos biomarcadores se associam a sintomas específicos, então, os benefícios a curto e longo prazo do tratamento poderiam potencialmente ser melhorados.

A relação mãe-bebé desempenha um papel importante no início da vida da criança, influencia o seu desenvolvimento socioemocional, a sua capacidade de regulação emocional e conduz ao desenvolvimento de determinadas estratégias de vinculação^(16,17,18,19). A qualidade da relação influencia os sistemas de regulação comportamental e metabólico, uma vez que são ativados em contextos de stress⁽²⁰⁾. As estratégias de vinculação das crianças obesas não têm recebido muita atenção. Há evidências de que o peso é um fator associado à desregulação da atividade do eixo HPA⁽²¹⁾.

A vinculação segura (Tipo B) está associada à aproximação da criança à sua mãe em momentos de necessidade, e é interpretada como uma confiança básica na disponibilidade e capacidade de resposta materna. A mãe parece ter a criança ‘em mente’ e está disponível em momentos de angústia do filho. Através da capacidade de resposta contingente, permite que o seu filho regule o seu estado, primeiro através da contenção da criança e, posteriormente, através da gestão autónoma do seu afecto – um processo externo que facilita a internalização da regulação do afecto. Em contraste, o filho de uma mãe constantemente insensível e que não responde, não aprende a esperar que a sua mãe esteja disponível em situações de stress. A criança aprende formas alternativas de maximizar a

capacidade de resposta disponível, evitando fazer exigências ao seu cuidador e ocultando o seu efeito negativo, o que caracteriza a vinculação insegura-evitante (Tipo A). Por outro lado, face a uma mãe inconsistentemente disponível, o seu filho realiza uma escalada de demonstrações de afecto, obrigando-a a responder com base num calendário de reforço intermitente. Contudo, a criança permanece ambivalente em relação ao contacto próximo quando oferecido, uma vez que só foi provocado sob coacção (vinculação insegura-ansiosa, Tipo C).

Tem sido considerado que as famílias com baixo funcionamento (por exemplo, caracterizadas pela agressividade, hostilidade, intrusividade) contribuem para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologia infantil^(22,23).

Nas famílias com crianças obesas têm-se encontrado padrões de interacção disfuncional^(23,24). As crianças com temperamento difícil e mães insensíveis apresentaram um risco significativamente maior de excesso de peso ou obesidade durante a idade escolar⁽²⁵⁾, bem como as crianças em que as refeições familiares são marcadas por conflitos e angústia parental⁽²⁶⁾. Os pais podem alimentar excessivamente as crianças difíceis como uma tentativa de as tranquilizar ou reduzir a intensidade da expressão emocional⁽²⁷⁾. Desta forma, a regulação emocional pelo alimento começa na infância e pode continuar ao longo da vida.

A maioria das estratégias para a prevenção da obesidade infantil estão focadas no equilíbrio energético⁽²⁸⁾. São direccionadas para comportamentos que afectam directamente o consumo ou o gasto energético, tais como o aumento da atividade física, a redução do comportamento sedentário ou a limitação da ingestão de alimentos e bebidas altamente calóricos⁽²⁹⁾. No entanto, o sucesso limitado destas estratégias^(30,31,32), sublinha a importância de se desenvolverem novas abordagens através da identificação de outras barreiras à mudança de comportamentos e, conseqüentemente, de permitir que as estratégias de saúde pública sejam melhor sucedidas.

OBJETIVOS E HIPÓTESES

O estudo I pretendeu explorar associações entre os níveis de cortisol e os sintomas de ansiedade e depressão em crianças obesas. Colocámos a hipótese de que o género e o funcionamento familiar, caracterizado por diferentes níveis de coesão e adaptabilidade, desempenham um papel juntamente com os níveis de cortisol nos sintomas de ansiedade e depressão. Também considerámos que o estado mental materno pode estar associado ao funcionamento familiar e aos níveis de cortisol em crianças obesas.

O estudo II explorou as associações entre as estratégias de vinculação e os níveis de cortisol, com a hipótese de serem, respetivamente, potenciais mediadoras e variáveis intermediárias da relação mãe-filho em crianças obesas.

MÉTODOS

Foi extraída uma amostra sistemática e de conveniência de crianças obesas pré-púberes recrutadas para o projeto “Origens da Obesidade Infantil”(33) que frequentavam a Unidade de Obesidade Infantil de um Hospital Pediátrico em Lisboa. A recolha da amostra teve por base as crianças para as quais tínhamos registos detalhados da informação antropométrica e avaliações do comportamento ao longo da infância. Os critérios de exclusão foram o uso de medicação, terem atingido a puberdade durante o período de avaliação, estarem sob intervenção da saúde mental ou outro tratamento médico para além do da obesidade. Apenas um dos pais participou, na maioria das vezes a mãe.

Obteve-se o consentimento informado dos pais por escrito. O projecto foi aprovado pela Comissão de Ética Médica do Hospital.

A ansiedade e os sintomas depressivos foram avaliados com o “EADS-C – Escala de ansiedade, depressão e stress”, versão infantil; e “EADS – Escala de Ansiedade, depressão e stress”, versão adulta. O EADS-C e EADS são questionários de auto-relato validados para Portugal^(34,35). O EADS-C e o EADS são um conjunto de três escalas de auto-relato (21-itens) concebidos para medir os sintomas de depressão (disforia, desespero, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia), ansiedade (hiperativação autonómica, tensão musculoesquelética e ansiedade situacional) e stress (dificuldade em relaxar, hipervigilância, irritabilidade, hiper-reatividade e incapacidade). As respostas são classificadas de acordo com quatro níveis: 0) nunca acontece; 1) acontece às vezes; 2) acontece com muita frequência; e 3) acontece quase sempre. A EADS-C tem uma estrutura semelhante à versão adulta⁽³⁵⁾, embora os valores dos itens em cada dimensão sejam menos discriminativos do que para adultos⁽³⁴⁾.

A Checklist do Comportamento Infantil (CBCL 6-18) é um questionário aplicado aos pais para avaliar os problemas comportamentais ou emocionais nas crianças e adolescentes (dos 6 aos 18 anos). Contém 120 itens sobre problemas comportamentais ou emocionais experimentados nos seis meses anteriores ao teste. Estes itens são pontuados numa escala de três pontos: 0=não verdadeiro; 1=um pouco ou por vezes verdadeiro; 2=muito ou muitas vezes verdadeiro.

A versão CBCL utilizada é aprovada por Achenbach (<http://www.aseba.org/ordering/translations.html>)⁽³⁶⁾. Este instrumento avalia sintomas internalizantes e externalizantes. Segundo Achenbach⁽³⁷⁾, os sintomas internalizantes referem-se a três categorias: evitamento, queixas somáticas e ansiedade/depressão. Os sintomas externalizantes referem-se às categorias do comportamento delinquentes e agressivo.

As estratégias de vinculação das crianças foram avaliadas com base no “IVIA – Inventário da Vinculação na Infância e Adolescência”, um questionário de auto e hetero-relato, originalmente desenvolvido e validado em Portugal⁽³⁸⁾. O IVIA foi concebido para classificar as estratégias de vinculação ao cuidador principal na infância e adolescência, dos 7 aos 17 anos de idade. Classifica as estratégias de vinculação como seguras (Tipo B), inseguras evitantes (Tipo A) ou inseguras ansiosas (Tipo C). O IVIA não considera o tipo D, estratégia desorganizada⁽³⁹⁾, seguindo o modelo dinâmico maturacional de classificação da vinculação (modelo DMM)^(40,41). Foram descritas propriedades psicométricas satisfatórias⁽³⁸⁾.

O funcionamento familiar foi avaliado com recurso ao FACES III⁽⁴²⁾, um questionário aplicado aos pais, validado para Portugal⁽⁴²⁾. Este questionário do tipo Lykert contém 20 pontos e avalia duas grandes dimensões (Coesão e Adaptabilidade Familiar) num modelo circunflexo. A fiabilidade da Coesão é de 0,78 e da Adaptabilidade é de 0,70⁽⁴²⁾.

A Coesão é conceptualizada como a proximidade emocional que os membros da família têm uns com os outros. A Adaptabilidade é definida como o potencial de mudança na liderança familiar, na relação de papéis e nas regras de relacionamento. A FACES avalia até que ponto os membros da família estão adaptados e ligados uns aos outros. Níveis equilibrados de Coesão e Adaptabilidade são conceptualizados como refletindo um funcionamento familiar mais saudável, e são classificados como “famílias de alto funcionamento”. Níveis desequilibrados de Coesão e Adaptabilidade (níveis muito baixos ou muito altos) refletem um funcionamento familiar mais problemático, e são classificados como “famílias de baixo funcionamento”.

A altura, o peso, o perímetro abdominal, a pressão arterial e a frequência cardíaca foram medidos seguindo protocolos padronizados. A obesidade foi definida a partir de um IMC (kg/m^2) acima do percentil 95, específico para a idade e género⁽⁴³⁾. O excesso de peso foi definido a partir de um IMC (kg/m^2) acima do percentil 85, específico para a idade e género⁽⁴³⁾. A pressão arterial foi medida três vezes e a terceira leitura foi registada⁽⁴³⁾.

No âmbito do projecto “Origens da Obesidade Infantil”⁽³³⁾, as amostras de sangue em jejum foram colhidas às 8h, após 45 min de descanso. O cortisol

sérico, a glicose, a insulina, o colesterol HDL e o LDL, os triglicéridos e as catecolaminas foram medidos utilizando os procedimentos padrão do laboratório de patologia clínica do hospital.

Para investigar a natureza da relação entre os níveis de cortisol e os sintomas de ansiedade e depressão (modelados como variáveis ordinais), foram realizadas análises de correlação de Spearman e testes de significância, tanto para a amostra global como para cada um dos subgrupos acima mencionados.

Para explorar a associação entre as estratégias de vinculação (modeladas como variáveis nominais), idade, sexo, funcionamento familiar e medidas de avaliação neuroendócrina e metabólica, foram aplicados modelos de regressão linear univariável. As estratégias do tipo A e C foram combinadas para formar um grupo de “vinculação insegura” (uma prática padrão do sistema Berkeley de classificação da vinculação associado a Mary Main⁽³⁹⁾), para a análise multivariável. As variáveis com uma associação significativa com cada estratégia de vinculação foram incluídas em modelos explicativos multivariáveis testados por regressão múltipla linear, em que o sexo, o percentil do IMC e a classificação do funcionamento familiar foram sempre incluídos.

Um nível de $\alpha=0,05$ foi considerado significativo. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS para a versão 22.0 do Windows⁽⁴⁴⁾.

RESULTADOS

Estudo I: Ansiedade, funcionamento familiar e biomarcadores neuroendócrinos em crianças obesas

Uma amostra de 104 crianças pré-púberes (55 rapazes), com idade média de 10,88 anos (desvio padrão 1,76) foi incluída na análise. O IMC foi calculado para 63 crianças, das quais 59 eram obesas (35 rapazes) e 4 tinham excesso de peso (1 rapaz).

Observou-se uma correlação positiva significativa e forte entre os sintomas de depressão das mães e das filhas ($p=0.000$; $rs=0,706$). Os sintomas de depressão das mães tiveram uma correlação positiva significativa, mas baixa, com os sintomas de ansiedade das crianças ($rs=0,335$; $p=0,017$) e os sintomas de depressão das crianças ($rs=0,462$; $p=0,001$) (Quadro 1) (EADS, EADS-C). Não foram encontradas associações entre sintomas maternos de ansiedade e sintomas de ansiedade ou depressão das crianças.

Quadro 1

Correlações entre os sintomas maternos de ansiedade e depressão e os sintomas de ansiedade e depressão das crianças

	EADS-C Sintomas de Ansiedade			EADS-C Sintomas de Depressão		
	Crianças	Raparigas	Rapazes	Crianças	Raparigas	Rapazes
EADS	$r_s = 0,335$	$r_s = 0,332$	$r_s = 0,397$	$r_s = 0,462$	$r_s = 0,706$	$r_s = 0,243$
Sintomas de Depressão	$p = 0,017$	$p = 0,097$	$p = 0,055$	$p = 0,001$	$p = 0,000$	$p = 0,253$
	$n = 50$	$n = 26$	$n = 24$	$n = 50$	$n = 26$	$n = 24$

Nota. EADS-C: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, versão para criança; EADS: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, versão para adulto; r_s : coeficiente de correlação de Spearman; p : nível de significância, n : número de crianças por correlação.

O Quadro 2 mostra os resultados das análises de correlação e dos testes de significância entre os níveis séricos de cortisol e os sintomas (ansiedade, depressão, sintomas internalizantes e externalizantes), para cada um dos quatro subgrupos (de acordo com o sexo e o funcionamento familiar). Observou-se uma correlação significativa e negativa entre o cortisol das meninas obesas e os sintomas maternos de ansiedade, limitada a famílias de alto funcionamento ($r_s = -0,779$; $p = 0,003$). Não foi encontrada nenhuma associação entre o cortisol sérico das crianças e os sintomas depressivos maternos.

Quadro 2

Análises de correlação entre os níveis plasmáticos de cortisol e os scores dos sintomas (ansiedade, depressão, sintomas internalizantes e externalizantes), para cada subgrupo (de acordo com o género e funcionamento familiar) da amostra

	Família de Alto Funcionamento		Família de Baixo Funcionamento	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
EADS-C	$r_s = 0,546$	$r_s = 0,374$	$r_s = -0,132$	$r_s = -0,800$
Sintomas de ansiedade	$p = 0,205$	$p = 0,362$	$p = 0,778$	$p = 0,200$
	$n = 7$	$n = 8$	$n = 7$	$n = 4$
EADS-C	$r_s = 0,577$	$r_s = 0,195$	$r_s = -0,019$	$r_s = -1,000$
Sintomas de depressão	$p = 0,175$	$p = 0,643$	$p = 0,968$	-
	$n = 7$	$n = 8$	$n = 7$	$n = 4$
EADS	$r_s = 0,151$	$r_s = -0,779$	$r_s = -0,313$	$r_s = -0,316$
Sintomas de ansiedade	$p = 0,607$	$p = 0,003$	$p = 0,412$	$p = 0,684$
	$n = 14$	$n = 12$	$n = 9$	$n = 4$
EADS	$r_s = 0,144$	$r_s = -0,293$	$r_s = -0,076$	$r_s = 0,738$
Sintomas depressivos	$p = 0,624$	$p = 0,355$	$p = 0,846$	$p = 0,262$
	$n = 14$	$n = 12$	$n = 9$	$n = 4$
CBCL	$r_s = 0,346$	$r_s = 0,347$	$r_s = 0,139$	$r_s < 0,001$
Sintomas internalizantes	$p = 0,247$	$p = 0,296$	$p = 0,721$	$p = 1,000$
	$n = 13$	$n = 11$	$n = 9$	$n = 4$
CBCL	$r_s = 0,483$	$r_s = -0,474$	$r_s = 0,030$	$r_s = -0,316$
Sintomas externalizantes	$p = 0,094$	$p = 0,141$	$p = 0,940$	$p = 0,684$
	$n = 13$	$n = 11$	$n = 9$	$n = 4$

Nota. EADS-C: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, versão para criança; EADS: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, versão para adulto; CBCL: Child Behaviour Checklist; r_s : Coeficiente de correlação de Spearman; p : nível de significância, n : número de crianças por correlação.

Estudo II: Estratégias de vinculação e biomarcadores neuroendócrinos em obesas

Das 83 crianças pré-púberes recrutadas, foram incluídas 73 crianças (40 meninos) com todos os dados necessários. A amostra tinha uma idade média de 10,86 anos ($SD=1,8$). O IMC foi superior ao percentil 97 em 68 crianças (93%).

Da análise univariável entre as estratégias de vinculação e os marcadores neuroendócrinos e metabólicos, a ACTH, o cortisol, a TSH e o hipotireoidismo foram identificados como potencialmente associados à vinculação segura (Tipo B), “vinculação insegura” (Tipos A, C e D no sistema Berkeley) (Quadro 3A) e vinculação evitante (Tipo A) (Quadro 3B).

Quadro 3A

Associações entre as estratégias de vinculação (Segura e Insegura) e as variáveis antropométricas, familiares e neuroendócrinas (análise univariável)

	Vinculação Segura (Tipo B)		“Vinculação Insegura” (Tipo A, C e D no Sistema de Berkeley)	
	Estimativa- β (95% IC)	valor p	Estimativa- β (95% IC)	valor p
Género (rapazes)	-0,007 (-0,095;0,082)	0,882	0,072 (-0,069;0,213)	0,309
Percentil IMC	0,035 (-0,168;0,237)	0,731	0,119 (-0,200;0,439)	0,457
Funcionamento Familiar (alto funcionamento)	0,027 (-0,078;0,131)	0,610	-0,012 (-0,179;0,154)	0,883
Hipotiroidismo	0,063 (-0,053;0,180)	0,277	-0,001 (-0,186;0,184)	0,989
TSH (μU/ml)	-0,001 (-0,051;0,049)	0,962	0,069 (-0,006;0,144)	0,072
ACTH (pg/ml)	-0,003 (-0,005;0,000)	0,061	-0,005 (-0,010;-0,001)	0,030
Cortisol (μg/dl)	0,002 (-0,008;0,012)	0,672	-0,016 (-0,030;-0,002)	0,026

Nota. ACTH – hormona adrenocorticotrópica; IMC – índice de massa corporal; IC – intervalo de confiança; TSH – thyroid-stimulating hormone.

Quadro 3B

Associações entre as estratégias de vinculação (Evitante e Ansiosa) e as variáveis antropométricas, familiares e neuroendócrinas (análise univariável)

	Vinculação Evitante (Tipo A)		Vinculação Ansiosa (Tipo C)	
	Estimativa- β (95% IC)	valor p	Estimativa- β (95% IC)	valor p
Género (rapazes)	0,056 (-0,028;0,140)	0,187	0,016 (-0,075;0,107)	0,724
Percentil IMC	0,141 (-0,050;0,332)	0,144	-0,021 (-0,226;0,183)	0,834
Funcionamento Familiar (alto funcionamento)	-0,051 (-0,153;0,051)	0,316	0,039 (-0,066;0,143)	0,456
Hipotiroidismo	-0,012 (-0,122;0,097)	0,820	0,011 (-0,112;0,134)	0,855
TSH (μU/ml)	0,048 (0,004;0,091)	0,034	0,021 (-0,030;0,073)	0,405
ACTH (pg/ml)	-0,003 (-0,006;0,000)	0,032	-0,021 (-0,005;0,001)	0,142
Cortisol (μg/dl)	-0,008 (-0,016;0,001)	0,075	-0,008 (-0,017;0,001)	0,069

Nota. ACTH – hormona adrenocorticotrópica; IMC – índice de massa corporal; IC – intervalo de confiança; TSH – thyroid-stimulating hormone.

Os principais resultados da análise multivariável dos modelos explicativos para as estratégias de vinculação são apresentados no Quadro 4. O Tipo A, estratégias de vinculação evitante, apresentou uma associação significativa positiva com os níveis de TSH e uma associação negativa com os níveis de cortisol ($R^2=0,352$). O tipo B, estratégias de vinculação segura, apresentou associações positivas significativas com o hipotiroidismo e o percentil de IMC ($R^2=0,541$). O grupo com estratégias de “vinculação insegura” mostrou alguma evidência de associação positiva com a TSH ($R^2=0,250$). A ACTH não se correlacionou com qualquer tipo de estratégia de vinculação. Nenhum modelo explicativo pode ser delineado para as estratégias de vinculação ansiosa, tipo C.

QUADRO 4

Associação ajustada entre as estratégias de vinculação e as variáveis antropométricas, familiares e neuroendócrinas (análises de regressão linear múltipla)

	Variáveis associadas	Estimativa- β (95% IC)	valor-p	R ²
Vinculação Evitante (Tipo A)	Cortisol	-0.015 (-0.028; -0.001)	0.036	0.352
	TSH	0.084 (0.015;0.154)	0.021	
Vinculação Segura (Tipo B)	Hipotireoidismo	0.207 (0.092;0.321)	0.002	0.541
	Percentil IMC	0.291 (0.104;0.477)	0.004	
"Vinculação Insegura"	TSH	0.128 (0.000;0.256)	0.050	0.250
	ACTH	-0.011 (-0.025;0.002)	0.087	

Nota. Variáveis nos modelos: género, percentile IMC, funcionamento familiar, hipotireoidismo, cortisol, ACTH, TSH.(ACTH – hormona adrenocorticotrópica; IMC – índice de massa corporal; IC – intervalo de confiança; TSH – thyroid-stimulating hormone).

DISCUSSAO

Estudo I: Ansiedade, funcionamento familiar e biomarcadores neuroendócrinos em crianças obesas

Este estudo explorou as associações entre os níveis basais de cortisol e os sintomas de ansiedade e depressão numa amostra de crianças obesas. Encontrámos uma associação negativa significativa entre o cortisol sérico e os sintomas de ansiedade das mães, limitada às raparigas e particularmente significativo para as raparigas de famílias de alto funcionamento. Observámos uma correlação positiva significativa entre os sintomas de depressão das mães e das filhas. Não foram encontradas associações entre o cortisol sérico das crianças e os sintomas depressivos das suas mães, indicando que a associação encontrada entre o cortisol e os sintomas de ansiedade das mães era específica para a ansiedade.

Uma possível explicação para esta associação entre os sintomas de ansiedade das mães e os níveis de cortisol das crianças é que é secundária a alterações na atividade do sistema HPA presente desde o nascimento. Por razões teóricas, pode-se esperar que as alterações na atividade do sistema HPA sejam mais evidentes em indivíduos com um longo historial de sintomas de ansiedade. Estas alterações podem ser razoavelmente interpretadas como expressando um estado de vulnerabilidade acumulada associado a um aumento do stress materno, em particular durante a segunda metade da gravidez. Estas condições adversas são conhecidas por favorecer o ganho de peso materno durante a gravidez⁽⁴⁵⁾. Um sistema HPA hiperativo que conduz a níveis elevados de cortisol está associado a

uma maior prevalência de obesidade abdominal, embora estudos anteriores tenham sugerido que há indivíduos obesos que podem ter dessensibilização para glicocorticóides, não exibindo aumento do cortisol no sangue⁽⁴⁶⁾. Uma hipótese bem aceite é que uma vez que o sistema HPA é sobreactivado durante o desenvolvimento precoce, este permanece permanentemente instável, vulnerável ou disfuncional, possivelmente devido a mecanismos de transcrição/epigenómicos⁽⁴⁷⁾. Isto está de acordo com as conclusões do presente estudo para as raparigas.

O funcionamento familiar pode ter uma influência primária, ou secundária pela diminuição do efeito amortecedor das relações securizantes⁽²⁸⁾. Possivelmente as mães com altos níveis de sintomas de ansiedade influenciam a vulnerabilidade dos seus filhos aos sintomas de ansiedade através de um excesso de controlo. De facto, alguns comportamentos parentais superprotectores têm sido associados a um risco acrescido de sintomas de ansiedade nas crianças^(6,48). Propõe-se ainda que os efeitos sejam “infecciosos” – e as influências dos neurónios espelho podem estar em jogo para que o estado afetivo do progenitor seja contagioso. Já sabemos que o tratamento bem-sucedido de uma perturbação depressiva nos adolescentes depende do tratamento simultâneo de qualquer perturbação depressiva parental concomitante. Mas desconhecemos se existem estudos semelhantes em relação à ansiedade.

A relação entre o funcionamento familiar e a qualidade da informação auto-relatada necessita de uma investigação mais aprofundada. No entanto, existe uma relação definida entre o estado mental materno e os biomarcadores nos seus filhos. A investigação futura precisa de analisar se existe uma ligação entre o estado mental materno, a consciência materna das diversas formas de angústia dos seus filhos, incluindo as de ansiedade e depressão, e o funcionamento familiar. A investigação sobre estes fatores poderia então estar ligada à investigação sobre o papel desempenhado pelas estratégias de vinculação mãe-criança.

No presente estudo, os sintomas de depressão nas mães apresentaram uma correlação significativa e positiva com os sintomas de depressão das crianças, mais forte nas raparigas. Não foram encontradas associações com os sintomas maternos de ansiedade. Uma mãe deprimida e demitida pode provocar no seu filho uma estratégia tipo A, como cuidados compulsivos ou conformidade⁽⁴⁹⁾. Quando estas estratégias falham, a criança pode retirar-se e/ou mostrar sinais de depressão (consciência de que nada do que fizer irá provocar algo mais do que cuidados físicos rudimentares – uma impotência aprendida). Assim, se os pais se sentirem ameaçados, e não tiverem a possibilidade de mudar a sua situação, as suas estratégias de auto-protecção podem criar uma ameaça para o seu filho, que tem de organizar a sua estratégia de vinculação em torno desta ameaça indirecta.

Mães deprimidas respondem às suas filhas e filhos de forma diferente. Falam menos com os seus filhos, mas não com as suas filhas, e são muito mais críticas com os seus filhos em comparação com as suas filhas.

Considerados em conjunto, estes resultados contribuem para a literatura recente sobre a associação dos problemas afectivos maternos ao funcionamento atípico do eixo HPA dos seus filhos⁽⁵⁰⁾. Isto é mais evidente durante os períodos de desenvolvimento e principalmente em relação aos níveis basais de cortisol. Os níveis alterados de cortisol das crianças são aparentemente anteriores à manifestação de que estão a ter problemas de saúde mental. Os resultados da investigação que avalia o funcionamento basal do eixo HPA e a sua variação diurna em amostras de crianças e adolescentes mostram alguma continuidade com o trabalho correspondente em adultos.

Estudo II: Estratégias de vinculação e biomarcadores neuroendócrinos em crianças obesas

Foram encontradas associações entre os indicadores neuroendócrinos e metabólicos e as estratégias de vinculação exploradas numa amostra de conveniência de crianças obesas pré-púberes. As estratégias do tipo A apresentaram uma associação negativa e forte com os níveis de cortisol (β -estimate=-0,015; $p=0,036$; $R^2=0,352$). Esta descoberta reforça a existência de um risco acrescido para um eixo HPA disfuncional nas crianças com mais estratégias de vinculação do tipo A.

Como já foi demonstrado⁽⁵¹⁾, as crianças com vinculação insegura (classificadas de acordo com o sistema de Berkeley ABCD) apresentam níveis altos de cortisol após um estímulo stressante. Esta constatação não foi validada de forma independente por outros investigadores^(52,53), parecendo ser o resultado de diferentes procedimentos de classificação. A activação elevada do sistema HPA das crianças inseguras pode não terminar logo após o seu reencontro com os seus cuidadores primários, uma vez que estas podem não usar de forma eficaz a vinculação para a sua regulação, o que dificulta o alcance do estado de homeostase⁽⁵⁴⁾.

Von der Lippe e Crittenden⁽⁵⁵⁾ argumentam que a criança organiza o seu comportamento de vinculação de forma a aumentar a probabilidade dos seus pais fornecerem conforto e protecção contra os perigos, ou diminuir a probabilidade dos pais rejeitarem ou prejudicarem a criança. Os indivíduos que usam uma estratégia do tipo A inibem o afecto e sob ameaça podem realizar comportamentos de cuidado compulsivo, inversão de papéis e comportamentos excessivamente obedientes. Schore⁽⁵⁶⁾ argumenta, usando o modelo clássico de Bowlby⁽¹⁶⁾ sobre

respostas sequenciais às separações físicas da criança ao seu cuidador principal, que esta pode gradualmente mudar de um estado simpático, de protesto, para um estado parassimpático dominante, de desespero. Gradualmente, a falta de capacidade do cuidador para responder e regular pode levar a uma desactivação relativa do sistema de vinculação da criança, excluindo o processamento de estímulos socio-emocionais que activam o comportamento de vinculação⁽⁵⁶⁾ ou nos termos de Crittenden⁽⁵⁷⁾, excluindo os afectos negativos que são, medo, raiva, bem como os pedidos de conforto. Pode-se não desenvolver totalmente um sistema para lidar com níveis elevados de excitação e estimulação simpáticas, e associar-se ao risco de psicopatologias do desenvolvimento^(56,57).

Um padrão de hipoactivação (cortisol baixo, ritmos diurnos aplanados) tem sido chamado de baixa Sensibilidade Biológica ao Contexto (SBC)⁽⁵⁸⁾, e poderia estar ligado aos processos de desenvolvimento associados às estratégias de vinculação do tipo A. Considera-se que uma baixa SBC desfavorece a criança em desenvolvimento, tornando-a potencialmente menos capaz de processar cognitivamente as oportunidades e ameaças ambientais, com menor atenção para eventos emocionalmente e socialmente relevantes⁽⁵⁹⁾.

A forma de interpretar os comportamentos de vinculação pode ser diferente em diferentes culturas. Isto levará a que as crianças desenvolvam diferentes estratégias de vinculação à medida que adaptam os comportamentos mais eficazes dentro de uma determinada cultura semiótica⁽⁶⁰⁾. Kocken et al.⁽⁶¹⁾, considerou essencial ter em conta as diferenças étnicas nas crenças parentais de prevenção e gestão do excesso de peso dos seus filhos. Servir e receber alimentos proporciona um contexto importante para o desenvolvimento de estratégias de vinculação entre o dador e o receptor no contexto familiar. Desta forma, a relação está ligada à alimentação e é importante nas famílias. É fácil para as mães alimentarem excessivamente as suas crianças, uma vez que a alimentação é uma extensão do aleitamento materno da primeira infância.

É aceite que o sistema de feedback negativo é essencial na recuperação de situações de stress e que um sistema equilibrado de recuperação de stress que promove a homeostase é de grande importância. Presumivelmente, uma relação de vinculação insegura não facilita o término adequado da resposta ao stress. Esta ausência de homeostase poderia colocar a criança em risco metabólico e de desenvolvimento, uma vez que os resultados negativos a longo prazo foram demonstrados como derivando da vinculação insegura^(62,63,64) e da obesidade infantil.

CONCLUSÕES

Em crianças obesas, diferentes estratégias de vinculação estão associadas a diferentes perfis metabólicos. Estes resultados destacam a importância de se considerar o funcionamento familiar, o estado mental materno e o género, ao investigar os biomarcadores neuroendócrinos em crianças obesas associados a sintomas de ansiedade e depressão. Como isto poderá contribuir para o desenvolvimento de abordagens diferenciadas de tratamento ainda está por explorar.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Anderson, S. E., Gooze, R. A., Lemeshow, S., & Whitaker, R. C. (2012). Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, *129*(1), 132-140. doi: 10.1542/peds.2011-0972
- (2) Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, *17*(7), 52. doi: 10.1007/s11920-015-0591-z
- (3) Esposito, M., Gallai, B., Roccella, M., Marotta, R., Lavano, F., Lavano, S. M., & Carotenuto, M. (2014). Anxiety and depression levels in prepubertal obese children: A case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1897-1902. doi: 10.2147/NDT.S69795
- (4) Padula, W. V., Allen, R. R., & Nair, K. V. (2014). Cost of obesity and comorbidities. *Clinical Obesity*, *4*, 53-58. doi: 10.1111/cob.12041
- (5) Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, *379*(9820), 1045-1055. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60602-8
- (6) Dallman M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology and Metabolism [TEM]*, *21*(3), 159-165. doi: 10.1016/j.tem.2009.10.004
- (7) Torres S., & Nowson C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, *23*(11), 887-894. doi: 10.1016/j.nut.2007.08.008
- (8) Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., Lissner, L., Michels, N., Molnar, D., Moreno, L. A., Reish, L. Siani, A., Sioen, I., & De Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: Results from the IDEFICS Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(5), 253-265. doi: 10.1007/s00787-012-0258-9
- (9) Barrington, W. E., Beresford, S. A., McGregor, B. A., & White, E. (2014). Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: Findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*(11), 1791-1799. doi: 10.1016/j.jand.2014.03.015

- (10) Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827-835. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.032
- (11) McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. doi:10.1152/physrev.00041.2006
- (12) Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B., & Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2), 717-721. doi: 10.1016/j.appet.2011.11.028
- (13) Anagnostis, P., Athyros, V. G., Tziomalos, K., Karagiannis, A., & Mikhailidis, D. P. (2009). The pathogenetic role of cortisol in the metabolic syndrome: A hypothesis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(8), 2692-2701. doi: 10.1210/jc.2009-0370
- (14) El-Behadli, A., Sharp, C., Hughes, S., Obasi, E., & Nicklas, T. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: Towards a framework for theory and research in child obesity. *British Journal of Nutrition*, 113(S1), S55-S71. doi: 10.1017/S000711451400333X
- (15) Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirtcliff, E. A. (2011). The adaptive calibration model of stress responsivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1562-1592. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.11.007
- (16) Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- (17) Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Dev Perspect*, 8, 12-17.
- (18) Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- (19) Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Dev Psychopathol*, 25, 1415-1434. doi: 10.1017/S0954579413000692
- (20) Oskis, A., Loveday, C., Hucklebridge, F., Thorn, L., & Clow, A. (2011). Anxious attachment style and salivary cortisol dysregulation in healthy female children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 111-118. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02296.x
- (21) Patterson, Z. R., & Abizaid, A. (2013). Stress induced obesity: Lessons from rodent models of stress. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 130. doi: 10.3389/fnins.2013.00130
- (22) Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050
- (23) Biringen, Z. (2005). Training and reliability issues with the emotional availability scales. *Infant Mental Health Journal*, 26, 404-405. doi: 10.1002/imhj.20060
- (24) Cromley, T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(3), 263-269. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.009

- (25) Wu, T., Dixon, W. E., & Dalton, W. T. (2011). Joint effects of child temperament and maternal sensitivity on the development of childhood obesity. *Matern Child Health J*, *15*, 469-77. doi: 10.1007/s10995-010-0601-z
- (26) Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, *15*, 126-126. doi: 10.1038/oby.2007.517
- (27) Carey, W. B. (1985). Temperament and increased weight gain in infants. *J Dev Behav Pediatr*, *6*, 128-131.
- (28) Sabin, M. A., & Kiess, W. (2015). Childhood obesity: Current and novel approaches. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, *29*(3), 327-338. doi: 10.1016/j.beem.2015.04.003
- (29) Horodyska, K., Luszczynska, A., van den Berg, M., Hendriksen, M., Roos, G., De Bourdeaudhuij, I., & Brug, J. (2015). Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: An umbrella review. *BMC Public Health*, *15*, 19. doi: 10.1186/s12889-015-1354-9
- (30) Ciampa, P. J., Kumar, D., Barkin, S. L., Sanders, L. M., Yin, H. S., Perrin, E. M., & Rothman, R. L. (2010). Interventions aimed at decreasing obesity in children younger than 2 years: A systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*(12), 1098-1104. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.232
- (31) Hesketh, K. D., & Campbell, K. J. (2010). Interventions to prevent obesity in 0-5 year olds: An updated systematic review of the literature. *Obesity*, *18*, S27-S35. doi:10.1038/oby.2009.429
- (32) Whitlock, E. P., O'Connor, E. A., Williams, S. B., Beil, T. L., & Lutz, K. W. (2010). Effectiveness of weight management interventions in children: A targeted systematic review for the USPSTF. *Peds*, *125*(2). doi: 10.1542/peds.2009-1955.
- (33) Pinto, I., Calhau, C., & Coelho, R. (2011). Childhood obesity: The role of family factors, depressive symptoms and anxiety levels. *Int J Obes*, *35*(7), 1010. doi: 10.1038/ijo.2011.109.
- (34) Leal, I., Antunes, R., Pais-Ribeiro, J. L., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C) [Study of the depression, anxiety and stress scale for children (EADS-C)]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *10*(2), 277-286.
- (35) Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(2), 229-239.
- (36) Gonçalves, M., & Simoes, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto.
- (37) Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- (38) Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento. Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios
- (39) Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. B.

- Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- (40) Crittenden, P.M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. Australian and New Zealand. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 105-115.
- (41) Kozłowska, K., Scher, S., & Williams, L. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: Implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosom Med*, 73, 775-788. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182361e12
- (42) Curral, R., Dourado, F., Roma-Torres, A., Barros, H., Pacheco, Palha A., & Almeida, L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 213-221.
- (43) WHO Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). *WHO Child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO.
- (44) SPSS for Windows, Rel. 22.0.1.2013. SPSS Inc., Chicago, I, EUA.
- (45) Lillycrop, K., & Burdge, G. (2011). Epigenetic changes in early life and future risk of obesity. *Int J Obes*, 35, 72-83. doi: 10.1038/ijo.2010.122
- (46) Pasquali, R. (2012). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sex hormones in chronic stress and obesity: Pathophysiological and clinical aspects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1264(1), 20-35. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06569.x
- (47) Lajud, N., & Torner, L. (2015). Early life stress and hippocampal neurogenesis in the neonate: Sexual dimorphism, long term consequences and possible mediators. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 8, 3. doi: 10.3389/fnmol.2015.00003
- (48) Waite, P., & Creswell, C. (2015). Observing Interactions between children and adolescents and their parents: The effects of anxiety disorder and age. *J Abnorm Child Psychol*, 43(6), 1079-1091. doi: 10.1007/s10802-015-0005-z
- (49) Hautamäki, A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010). Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(5), 618-634. doi: 10.1080/17405620902983519
- (50) Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I. M., & Murray, L. (2004) Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biol Psychol*, 55, 376-281. doi:10.1016/j.biopsycho.2003.09.013
- (51) Spangler, G., Maier, U., Geserick, B., & von Wahlert, A. (2010). The influence of attachment representation on parental perception and interpretation of infant emotions: A multilevel approach. *Developmental Psychobiology*, 52(5), 411-423. doi: 10.1002/dev.20441
- (52) Doom, J. R., & Gunnar, M. R. (2013). Stress physiology and developmental psychopathology: Past, present, and future. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt 2), 1359-1373. doi: 10.1017/S0954579413000667
- (53) Goldberg, S., Levitan, R., Leung, E., Masellis, M., Basile, V. S., & Atkinson, L. (2003). Cortisol concentrations in 12- to 18-month-old infants: Stability over time, location, and stressor. *Biological Psychiatry*, 54, 719-726. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00010-6

- (54) Gander, M., & Buchheim, A. (2015). Attachment classification, psychophysiology and frontal EEG asymmetry across the lifespan: A review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 79. doi: 10.3389/fnhum.2015.00079
- (55) Von der Lippe, A., & Crittenden, P. M. (2000). Patterns of attachment in young Egyptian children. In P. M. Crittenden A. H. & Claussen (Eds.), *The organization of attachment relationships. Maturation, culture and context* (pp. 97-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- (56) Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- (57) Crittenden, P. M. (2016). *Raising parents. Attachment, representation, and treatment*. London: Routledge.
- (58) Boyce, W., & Ellis, B. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(2), 271-301.
- (59) Flinn, M. (2006). Evolution and ontogeny of stress response to social challenges in the human child. *Developmental Review*, 26(2), 138-174.
- (60) Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Sims, B. E. (2000). The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Eds.), *Change and continuity in ambivalent attachment. Relationships from infancy through adolescence* (pp. 277-299). Cambridge: Cambridge University Press.
- (61) Kocken, P., Schönbeck, Y., Henneman, L., Janssens, A., & Detmar, S. (2012). Ethnic differences and parental beliefs are important for overweight prevention and management in children: A cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12(1), 867.
- (62) Hillman, J. B., Dorn, L. D., Loucks, T. L., & Berga, S. L. (2012). Obesity and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescent girls. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 61(3), 341-348. doi: 10.1016/j.metabol.2011.07.009
- (63) Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 6(3), 129-143. doi: 10.4274/Jcrpe.1471
- (64) Dockray, S., Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(4), 344-350. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06

ABSTRACT

Introduction: *The quality of the relationship between child and primary caregiver affects the child's emotion regulation and stress response. These stress responses can be both physiological (e.g., altered cortisol levels) and behavioural (e.g., increased food consumption, internalizing/externalizing symptoms). This study aims to illuminate the associations between neuroendocrine biomarkers, and anxiety and depression, through including assessment of attachment and family functioning as potential intermediate variables in these obese children.*

Material and Methods: A convenience sample of 104 obese children (55 boys), mean age 10.9 years was recruited. Obesity was defined as BMI above the 95th age- and gender-specific percentiles. Neuroendocrine biomarkers were measured. Symptoms of anxiety and depression, and attachment strategies were assessed with self and parent-reported questionnaires (EADS; CBCL; IVIA). Family functioning was assessed with parent-reported questionnaires (FACES-III).

Results: A significant, negative correlation ($r_s=-0.779$; $p=0.003$) between girls' cortisol and their mothers' anxiety symptoms was found, limited to high functioning families. No association was found between cortisol in children and maternal depressive symptoms. Type A, avoidant/dismissing attachment strategies, had significant negative association with cortisol levels ($R^2=0.352$).

Conclusions: The results suggest a specific association between cortisol levels of obese children and maternal anxiety symptoms. Processes involved in development of the Type A attachment strategy appear to be associated with effects on the regulatory mechanisms of the HPA axis. With the confirmation of these associations, interventions in mental health and obesity could place greater emphasis on the quality of mother-child relationships.

Key words: Anxiety, Attachment, Cortisol, Childhood obesity.