



ICCA 2019
International Conference
on Childhood and Adolescence

Conference Ebook



eventQualia



Copyright The Authors, 2019. All Rights Reserved

No reproduction, copy or transmission may be made without permission from the authors.

3rd International Conference on Childhood and Adolescence Ebook

Oporto, 23rd to the 25th of January, 2019

Fundação Cupertino de Miranda, Oporto, Portugal

Publisher

eventqualia, unipessoal Lda

Porto, Portugal

eventqualia.com

<https://icca.eventqualia.net>

Type

epub

Publishing date

18th of February, 2022

ISBN: 978-989-54102-1-7

Comissão organizadora | **Organizing Committee**

Alexandra Vasconcelos (SPS-SPP)
Carlos Gil Escobar (SPS-SPP)
Daniela Oliveira (eventQualia)
Deolinda Barata (SPS-SPP)
Filipa Pancada Fonseca (HFF)
Idalina Machado (FLUP)
Isabel Monteiro (ESS-UA)
Ivone Jacob (eventQualia)
Luísa Teles (Hospital da Luz)
Margarida Tavares (SPS-SPP)

Maria de Lurdes Torre (SPS-SPP)
Maria do Carmo Pinto (SPS-SPP)
Maria Manuel Zarcos (SPS-SPP)
Marta Ezequiel (HFF)
Maria João Alves
Paula Guerra (FLUP)
Raquel Leitão (ESE-IPVC)
Sara Melo (ISSSP)
Sérgio Costa Araújo (ESE-IPP)

Revisores | **Reviewers**

Bruno Dionísio (Cics.Nova, FCSH/UNL)
Carla Faria (ESE-IPVC)
Carlos Escobar (SPS-SPP)
Idalina Machado (FLUP)
Isabel Dias (FLUP)
Linda Saraiva (ESE-IPVC)
Margarida Reis Santos (ESEP)
Maria Alice Curado (ESEL)

Maria de Lurdes Torre (SPS-SPP)
Neide Urbano (HDE)
Noémia Lopes (ISCTE-IUL; APS)
Paula Costa ("A comunidade contra a SIDA" -
CAOJ)
Paula Guerra (FLUP)
Raquel Leitão (ESE-IPVC)
Sérgio Costa Araújo (ESE-IPP)

Table of Contents

Emoções na Idade Pré-escolar: contributos para uma melhor adaptação psicossocial? -----	2
Formação Continuada em Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo: a compreensão de professores de educação física -----	14
Formação de Educadoras da Primeira Infância: contribuições da extensão universitária -----	26
Criatividade e Educação Artística no Jardim de Infância -----	35
RAP na Escola: uma experiência de pedagogia urbana -----	53
EPR's Paradox: Reading "Alice in Quantumland" -----	65
Padrão de Apego Mãe/Bebê em Adolescentes Assistidas Pelo Programa Jovens Mães Cuidadoras -----	79
Higiene do Sono em Toddlers -----	90
Expectativas e Motivações de Pais para Inclusão dos Filhos em Programa de Enfrentamento à Obesidade Infantil -----	101
Impacto de Fatores Psicossociais no Controlo Metabólico na Diabetes Mellitus tipo 1 -----	113
Perfil das Intoxicações Exógenas em Crianças de 0 a 14 Anos -----	119
Motivos de Múltiplas Vindas ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria -----	128
O Senhor Medo de Falar: um caso de mutismo seletivo -----	144
Quando o Espelho não Reflete o que Sou - relato de caso -----	150
Psicopatologia e Atopia em Crianças e Adolescentes -----	155
Impacto das projeções parentais no desenvolvimento afetivo das crianças: a propósito de um caso clínico ---	168
O Que Têm em Comum a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Psicose? -----	181
Autism Spectrum Disorder: Evaluation of a Group Parent Program -----	186
Esperar para ver? Um caso de Ultra-High Risk para psicose -----	198
Prevenção de comportamentos autolesivos na adolescência -----	204
A dimensão social do suicídio e depressão em estudantes da Região Autónoma da Madeira, Portugal -----	217
As Pesquisas sobre Infância(s) no Brasil - um estudo descritivo-interpretativo -----	228
Promover (Re) Encontros com Sentido: uma experiência de intervenção junto de crianças em situação de acolhimento e seus progenitores -----	250
Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: atividades artístico-culturais e esportivas na promoção da saúde -----	268
Vigilância epidemiológica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana nas crianças no Brasil -----	281



Educação | Education

Emoções na Idade Pré-escolar: contributos para uma melhor adaptação psicossocial?

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo (1), John Miguel Costa Varela (2), Noemí Serrano-Díaz (3), Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim (4), Geraldo Bezerra da Silva Júnior (5), Márcia Lúcia Sousa Dias Alves (6)

1-CLEPUL/Pólo da Madeira, Portugal; Pós Doutoranda na Universidade de Fortaleza, Brasil

2-CLEPUL/Pólo da Madeira, Portugal

3-Universidade de Cádiz, Espanha;

4-Universidade da Madeira, Portugal e Pesquisador visitante na UNIFOR, Fortaleza, Brasil;

5-Universidade de Fortaleza;

6-SESARAM, Madeira, Portugal.

Resumo

As emoções têm despoletado interesse investigativo desde longa data devido ao efeito que imprimem na vida das pessoas verificando-se uma crescente importância no campo educacional, em contexto escolar. Este estudo tem como objetivo descrever a relação entre a perceção, expressão e valorização das emoções e o ajustamento social das crianças em idade pré-escolar. Valeu-se de uma revisão sistemática de estudos empíricos integralmente disponíveis nas bases REDALYC, RODIN e RCAAP, publicados em português e espanhol. Foram utilizados os descritores emoções, inteligência emocional e idade pré-escolar, sendo selecionados e analisados quatro estudos resultantes da aplicação da prova “Perceval” na idade pré-escolar. Os resultados das respostas corretas assinaladas pelas crianças e critérios de juízes externos constituídos pelas respetivas educadoras de infância, sugerem associações significativas e positivas entre a perceção e a valorização das emoções primárias com a adaptação, o controlo, a aceitação e o rendimento e negativas com a conflitividade. Conclui-se que a promoção da educação emocional precoce é fundamental para uma melhor adaptação psicossocial.

Palavras-chave: Emoções; Inteligência Emocional; Idade Pré-escolar.

Abstract

Emotions have triggered long-standing investigative interest due to the effect on people's lives and there is a growing interest also in the educational field, in a school context. This study aims to analyse the relationship between the perception, expression and appreciation of emotions and the

social adjustment of pre-school children. It was based on a systematic review of empirical studies fully available on the REDALYC, RODIN and RCAAP databases, published in Portuguese and Spanish. The descriptors emotions, emotional intelligence and preschool age were used, and four studies resulting from the study were selected and analysed. The results of the correct answers indicated children and the criteria of external judges consisting of the respective

educators, suggest significant and positive associations between the perception and appreciation of the primary emotions through the adaptation, control, acceptance and income, and negative with conflict. It is concluded that promoting early emotional education is key to better psychosocial adaptation.

Keywords: Emotions; Emotional Intelligence; Pre-school Age.

Introdução

As emoções, hoje universalmente reconhecidas (Fonseca, 2016), têm despoletado interesse investigativo desde a antiguidade (Alves, 2013; Jesus & Lempke, 2015; Tirri, Nokelainen & Komulainen, 2013) devido à relevância crucial na vida das pessoas (Tirri et al., 2013). Definidas como respostas que orientam o comportamento e servem de informação para o indivíduo conquistar metas (Salovey & Mayer, 1990), um processo básico com características dinâmicas e funções adaptativas ou ainda, como uma reação intensa a um evento significativo para o indivíduo, acompanhada por manifestações fisiológicas e psicológicas (Freitas-Magalhães, 2013), que integra uma componente biológica, cognitiva e comportamental, vinculadas a sensações subjetivas de prazer ou de dor (Moors, 2013). Isto significa que o cérebro processa toda a informação emocional, captada pelos sentidos. Concomitantemente são influenciadas e influenciam os fatores cognitivos. Isto é, as emoções produzem efeitos motivadores sobre a conduta e influenciam a percepção, a aprendizagem e o desempenho, facilitando a adaptação da pessoa (Mestre & Guil, 2012).

Sinais de emoções programadas biologicamente como nojo, interesse, angústia, e satisfação podem ser observados em recém-nascidos (Jesus & Lempke, 2015), dos dois aos sete meses percebe-se a demonstração de novas emoções básicas como a tristeza, raiva, alegria, surpresa e medo e aos três anos a criança é capaz de avaliar as próprias emoções e a partir dos cinco anos revelam algum controlo emocional (Shaffer & Kipp, 2012).

As seis emoções básicas – alegria, tristeza, medo, surpresa, raiva e nojo, demonstráveis nas expressões faciais, são aludidas por Ekman (2007) como inatas e universais, podendo, combinadas,

dar origem a emoções secundárias mais complexas (Izard, 2010). Elas assumem um papel central na vida do indivíduo ao influenciarem enormemente os processos mentais e o conteúdo da cognição (Leite, 2014). Por isso, reconhecer as emoções expressas no rosto é essencial para a interação humana (Aguiar, Silva, Aguiar, Torro-Alves, Souza, 2016). Esta competência, integrante da vida racional, intervém em todo o processo evolutivo associado à interação social, à comunicação, ao processamento de informação, à vinculação, ao desenvolvimento moral, entre outras dimensões, influenciando fortemente a vida quotidiana e o processo de tomada de decisão (Jesus & Lempke, 2015; López Cassá, 2005; Lopatovska & Arapakis, 2011). As emoções afetam o processo de aprendizagem por isso a sua compreensão no contexto educacional é relevante (Jesus & Lempke, 2015), sobretudo nas idades mais precoces.

Estudos realizados com crianças em desvantagem social integradas em salas com educadoras de infância que estabelecem interações de elevada qualidade emocional e organizacional demonstraram que elas revelam competências de regulação emocional mais elevadas (Cadima, Ferreira, Guedes, Vieira, Leal & Matos, 2016). Este resultado corrobora a perspectiva de Mestre, Guil, Martinez-Cabanas, Larrán e Gonzales (2011) quando asseveram que o desenvolvimento das capacidades implícitas na perceção, expressão e valorização das emoções das crianças em idade pré-escolar depende da combinação entre desenvolvimento cognitivo e socio-emocional. Portanto, na aceção dos autores acima enunciados, a educação emocional é fundamental. Contudo, na primeira infância tem ficado entregue à família (García, 2016). Daí García (2016) ter desenhado um programa integral de breve educação emocional para menores de três anos, com o objetivo de avaliar a sua eficácia, especialmente as habilidades de perceber, avaliar e expressar emoções básicas, bem como analisar se a participação dos pais e das educadoras de infância contribuíram para o seu desenvolvimento. Os resultados mostraram melhoria das habilidades emocionais, a curto prazo, especialmente nas mães e confirmam a necessidade de uma relação mais coordenada escola-família, desde as idades mais precoces, para prevenir possíveis fatores de risco e promover a saúde emocional na primeira infância.

Existem evidências que a adaptação de programas de educação emocional tem incidência na inteligência emocional (García, 2016). Segundo Mayer e Salovey (2007), inteligência emocional resulta da associação de quatro competências: da capacidade de perceber, valorizar e expressar emoções com precisão; da habilidade para aceder e utilizar estados emocionais e facilitar a cognição; da capacidade para compreender a emoção; e da habilidade para gerir intencionalmente as emoções com o objetivo de promover o crescimento emocional e intelectual. Ao revelar-se uma

forma de inteligência, e ao ser considerado fundamental para um melhor relacionamento com os pares, mais sucesso em desenvolver atitudes positivas na adaptação à escola e rendimento académico o tema emoções tem beneficiado de crescente importância no campo educacional, em contexto escolar.

O reconhecimento crescente da importância das emoções tem vindo a despertar a necessidade de construção de instrumentos que permitam medir de forma objetiva este constructo. Notando a carência de instrumentos de medida válidos e fiáveis destinados a avaliar a eficácia dos programas de intervenção, Mestre e colaboradores (2011), desenvolveram o um instrumento para medir a capacidade de perceber, expressar e valorizar as emoções na etapa pré-escolar e simultaneamente aferir a adaptação pessoal e social das crianças (Capelo, Varela & Serrano-Díaz, 2018), tendo o mesmo sido aplicado posteriormente em crianças portuguesas por Magalhães (2015) e Romão (2016), e os resultados obtidos revelado similitudes. As evidências encontradas na literatura nortearam a seguinte questão de pesquisa:

- Será que existe relação entre a percepção, expressão e valorização das emoções e o ajustamento social das crianças em idade pré-escolar? Neste seguimento, o propósito deste estudo consiste em analisar a relação entre a percepção, expressão e valorização das emoções e o ajustamento social das crianças em idade pré-escolar.

Metodologia

Design

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura porque colige as evidências disponíveis, facilita a análise de resultados de forma ampla e auxilia a divulgação da produção científica de outros autores. A estratégia consistiu na busca metódica e explícita de estudos empíricos advindos da aplicação da prova PRECEXPVAL, um teste que visa avaliar a percepção e valorização das emoções das crianças em idade pré-escolar (Mestre et al., 2011).

Instrumento

O PRECEXPVAL é uma prova desenvolvida no Laboratório de Inteligência Emocional da Universidade de Cádiz, por Mestre e colaboradores, em PowerPoint, para ser apresentada no écran a crianças de 3 a 6 anos. Nesta prova é pedido às crianças que assinalem no écran a resposta que consideram adequada em função das instruções apresentadas em cada tipo de diapositivo. O primeiro tipo de diapositivo corresponde à subescala de emoções básicas, contempla os itens 1, 3, 5,

7, 9, 11, 13, 15, tendo as crianças de assinalar perante seis hipóteses (seis caras representando diferentes expressões faciais) em cada diapositivo, a expressão que deveria colocar o personagem Alex em determinada situação. O segundo tipo procura avaliar situações mais ambíguas, engloba os itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, tendo a criança de discriminar entre duas personagens idênticas qual das duas é mais provável que sinta emoção num elenco de três respostas possíveis (irmãs gémeas: Cris e Tina ou nenhuma das duas). Esta última situação requiere a perceção e a valorização e esforço da criança para ajuizar qual das duas se ajusta à questão colocada (Figura 1). Os dezasseis itens da prova são:

- (1) Assinala a cara que Alex apresentaria se estivesse triste porque o professor/a brigou com ele na aula?
- (2) Qual das jovens sente raiva porque lhe disseram algo que não agradou? Cris, Tina ou nenhuma das duas?
- (3) Alex estava dormindo e acordou com um ruído forte. Estava às escuras no quarto e sentia medo. Que cara achas que ele apresentou?
- (4) Qual das duas achas que está mais triste? Cris, Tina ou nenhuma das duas?
- (5) Alex está com raiva porque o amigo tem um jogo novo mas não o quer emprestar. Que cara achas que apresentou?
- (6) Qual das duas achas que está mais triste? Cris, Tina ou nenhuma das duas?
- (7) Que cara achas que Alex mostrava se se sentisse só e triste porque ninguém queria brincar com ele no recreio?
- (8) Qual das duas achas que está com muito medo? Cris, Tina ou nenhuma delas?
- (9) Alex está com raiva porque o seu irmão mais velho estragou o seu jogo preferido. Que cara achas que ele mostrou?
- (10) Qual das duas achas que está muito surpreendida? Cris, Tina ou nenhuma das duas?
- (11) Alex está alegre com a sua festa de aniversário. Que cara achas que terá?
- (12) Qual das duas achas que sente nojo? Cris, Tina ou nenhuma das duas?
- (13) Alex chega a casa e encontra uma festa que não esperava, organizada pela mãe, e está um pouco surpreendido. Que cara achas que ele apresenta?
- (14) Qual das duas achas que está mais alegre? Cris, Tina ou nenhuma das duas?

(15) Hoje ofereceram ao almoço uma comida que Alex detestava e sentiu nojo. Que cara achas que mostrou?

(16) Qual das duas está menos triste? Cris, Tina ou nenhuma das duas?

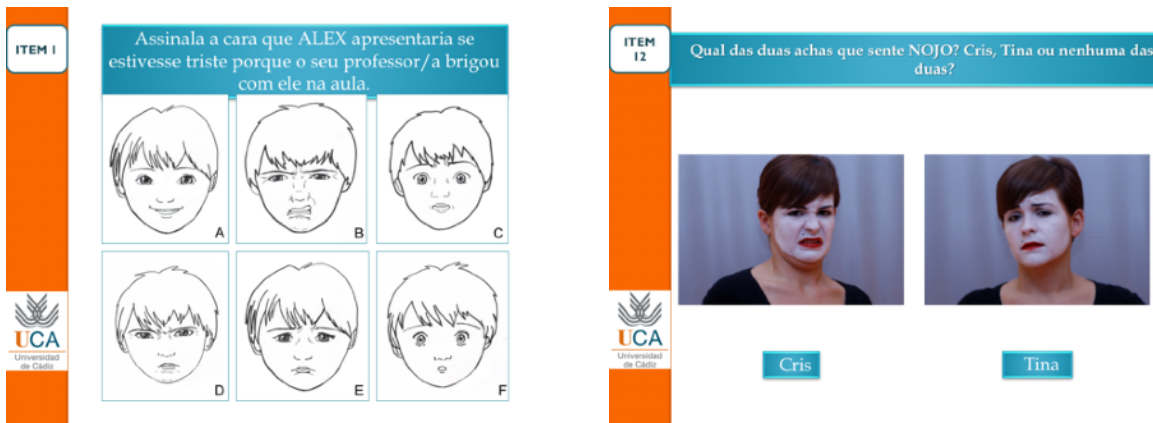


Figura 1. Exemplos dos dois tipos de elementos do PERCEXPVAL para crianças

Nos diapositivos, as respostas possíveis incluem etiquetas emocionais - alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa e nojo e nunca aparecem pela mesma ordem. A aplicação da prova não tem tempo limite determinado e as respostas são anotadas na folha de observação do avaliador, na qual consta o nome, idade, género e escola da criança.

A adaptação escolar da criança é medida a partir da resposta das respetivas educadoras de infância dada num questionário em forma de escala de Likert de seis pontos (1 corresponde a nada ou quase nada e 6 corresponde a completamente), com 5 questões. Estas avaliam diversos aspetos relacionados com a adaptação escolar da criança, designadamente, a adaptação à escola, o controlo dos impulsos, o rendimento académico, o nível de aceitação pelos pares e o nível de conflictividade:

- 1) Qual é o nível de adaptação da criança à escola?
- 2) Qual é o nível de controlo dos impulsos da criança?
- 3) Qual é o nível de rendimento académico da criança?
- 4) Qual é o nível de aceitação desta criança pelos pares?
- 5) Qual é o nível de conflictividade da criança?

A correlação das respostas ao PERCEXPVAL dadas pelas crianças com os critérios externos estabelecidos, expressos nas representações das educadoras de infância sobre os participantes,

procurar evidenciar a percepção e valorização das expressões emocionais e a adaptação escolar nesta etapa do ciclo de vida conforme se aduz na seguinte revisão de escopo descritiva e interpretativa.

Procedimentos

A operacionalização desta pesquisa iniciou-se com a identificação do tema, seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de elegibilidade, identificação dos estudos em repositórios científicos, avaliação e categorização dos estudos, análise dos resultados e apresentação dos dados. Foram incluídos apenas estudos empíricos que tenham recorrido à aplicação do “PRECEXVAL para niños” (Mestre et al, 2011), publicados em espanhol ou português e envolvessem como participantes crianças da educação pré-escolar, de qualquer contexto sociogeográfico e/ou cultural, publicados entre 2011 e 2016. Esta revisão de escopo não prevê a exclusão de estudos segundo critérios metodológicos, mas identificar categorias comuns que permitem sintetizar de forma discursiva os achados através da aplicação do mesmo instrumento em participantes que se enquadram no escalão etário 3 – 6 anos e que frequentam a educação pré-escolar.

O levantamento bibliográfico decorreu, em diferentes bases de dados eletrónicas, no período de julho a outubro de 2018. Após leitura prévia, apenas quatro estudos indexados na REDALYC (1), RODIN(2) e RCAAP (2), foram selecionados por obedecerem aos critérios de inclusão, tendo estes sido realizados em contextos geográficos diferentes, designadamente, em Espanha (2) e Portugal (2). O número de participantes nos estudos empíricos varia entre 138 e 455 e as publicações decorreram entre 2011 e 2016.

Após leitura acurada de cada um dos estudos foram extraídos dados de caracterização dos mesmos, tais como autoria, data, contexto geográfico de aplicação do instrumento e número de participantes. O foco principal assenta nas relações encontradas entre as respostas dos participantes e a avaliação dos juízes externos, conforme são apresentados em síntese na tabela 1.

Resultados

A tabela 1 exhibe uma caracterização sinóptica dos quatro estudos selecionados, destacando-se o título, autoria, número de participantes, variáveis, resultados e conclusões.

Tabela 1 - Correlações entre as subescalas e pontuação geral do *PERCEXVAL* para crianças e os critérios estabelecidos

Estudo	Autores	N	Contexto	Variáveis	Resultados	Conclusões
<i>Validação de uma prova para avaliar a capacidade de perceber, expresar e avaliar emoções em crianças na idade pré-escolar</i>	Mestre, et al. (2011)	138	Cádiz, Espanha	Subescala - <i>-percepção de expressões emocionais</i>	Resultados significativos com a percepção das educadoras de infância.	
				Subescala - <i>percepção e valorização de expressões emocionais</i>	Associação significativa com a percepção das educadoras de infância, sendo positiva quanto ao nível de adaptação da criança à escola ($r=-0,285$; $p<0,01$), o nível de controlo dos impulsos ($r=-0,206$; $p<0,05$), o nível de rendimento académico ($r=-0,326$; $p<0,01$) e associação negativa quanto ao nível de conflitividade ($r=-0,216$; $p<0,05$).	Adaptação Controlo Rendimento académico Menor conflitividade
<i>Um estudo correlacional e n t r e conhecimento emocional, a inteligência verbal e o género na adaptação escolar em meninos/as de educação de infância</i>	Wertz, V. (2014)	455	Cádiz, Espanha	Subescala - <i>percepção de expressões emocionais</i>	Associações significativas com a percepção das educadoras de infância sendo positivas quanto à adaptação escolar da criança ($r=0,160$; $p<0,01$), controlo dos impulsos ($r=0,141$; $p<0,01$), rendimento académico ($r=0,129$; $p<0,01$) e associação negativa com a conflitividade ($r=-0,099$; $p<0,05$).	Adaptação Controlo Rendimento académico Menor conflitividade
				Subescala - <i>-percepção e valorização de expressões emocionais</i>	Associação significativa com a percepção das educadoras de infância, sendo positiva quanto ao nível de adaptação da criança à escola ($r=0,153$; $p<0,01$), ao controlo da impulsividade ($r=0,128$; $p<0,01$), ao rendimento académico ($r=0,218$; $p<0,01$) e aceitação pelos pares ($r=0,098$; $p<0,05$).	Adaptação Controlo Rendimento académico Aceitação pelos pares
<i>Pré-validação de um teste de emoções na idade pré-escolar</i>	Magalhães, S. (2015)	164	Madeira, Portugal	Subescala - <i>-percepção de expressões emocionais</i>	Associações significativas com a percepção das educadoras de infância sendo positivas quanto ao controlo dos impulsos da criança ($r=-0,233$; $p<0,01$) e rendimento académico ($r=-0,300$; $p<0,01$) e associação negativa em relação à conflitividade ($r=-0,158$; $p<0,05$).	Controlo Rendimento académico Menor conflitividade
				Subescala - <i>percepção e valorização de expressões emocionais</i>	Associações significativas com a percepção das educadoras de infância sendo positivas quanto à adaptação escolar da criança ($r=-0,222$; $p<0,01$), controlo dos impulsos ($r=-0,198$; $p<0,05$), rendimento académico ($r=-0,259$; $p<0,01$), aceitação pelos pares ($r=-0,209$; $p<0,01$) e associação negativa com a conflitividade ($r=-0,189$; $p<0,05$).	Adaptação Controlo Rendimento académico Menor conflitividade

<i>Avaliação da capacidade de perceber, expressar e valorizar emoções nas crianças em idade pré-escolar</i>	Romão, S. (2016)	374	Madeira, Portugal	Subescala	A subescala <i>percepção de expressões emocionais</i> revela associações significativas com a percepção das educadoras de infância sendo positivas quanto à adaptação escolar da criança ($r=0,162$; $p<0,01$), controlo dos impulsos ($r=0,138$; $p <0,01$), rendimento académico ($r=0,317$; $p <0,01$), aceitação pelos pares ($r=0,163$; $p <0,01$) e associação negativa com a conflitividade ($r=-0,242$; $p <0,01$).	Adaptação
				<i>-percepção de expressões emocionais</i>		Controlo
						Rendimento académico
						Aceitação pelos pares
						Menor conflitividade
				Subescala - <i>percepção e valorização de expressões emocionais</i>	Associações significativas com a percepção das educadoras de infância sendo positivas quanto à adaptação escolar da criança ($r=0,214$; $p <0,01$), controlo dos impulsos ($r=0,162$; $p <0,01$), rendimento académico ($r=0,335$; $p <0,01$), aceitação pelos pares ($r=0,204$; $p <0,01$) e associação negativa com a conflitividade ($r=-0,228$; $p <0,01$).	Adaptação
						Controlo
						Rendimento académico
						Aceitação pelos pares
						Menor conflitividade

Discussão

Este estudo sobre a relação entre a percepção, expressão e valorização das emoções e o ajustamento social das crianças em idade pré-escolar evoca trabalhos empíricos que utilizaram o “*Precexval para niños*”. A revisão do escopo contribui para colocar em destaque uma prova que, embora se encontre em evolução (Mestre et al, 2011) parece aclarar algumas questões colocadas na génese da mesma. Esta, embora em fase desinvolvemental, foi feita a sua adaptação transcultural para o português tendo a sua aplicabilidade revelada adequada (Capelo, Varela & Serrano-Díaz, 2018).

Dos estudos destacados na presente revisão, apenas o estudo de Mestre e colaboradores (2011) não apresenta associação significativa entre a subescala percepção das emoções e a avaliação dos juizes externos, tornando-se difícil assegurar se os diferentes resultados poderão estar relacionados com fatores de contexto como o meio socioeconómico e cultural em que se encontra inserida a criança, a intervenção da família ou o tipo de escola (pública ou privada) e respetivos programas educativos (Garcia, 2016). Existem evidências explanadas pelas teorias construtivistas que defendem uma abordagem cultural ao afirmarem que as emoções são construídas socialmente (Gendron, Roberson, Van der Vyer & Barret, 2014; Jack, Garrod, Yu, Caldara & Schyns, 2012; Lindquist, Siegel, Quigley & Barret, 2013). Também Ricarte, Minervino, Viana, Diad e Roazzi (2009) salientam que crianças de escolas privadas obtêm pontuações mais elevadas no domínio das competências emocionais. Por sua vez, as investigações realizadas por Wertz (2014), Magalhães (2015) e Romão (2016)

assinalaram relações de significância estatística relevante concernentes à dimensão controlo, rendimento académico e menor conflitividade, revelando o papel crucial da valorização das emoções nesta etapa da vida da criança. Ainda, no que diz respeito à subescala valorização das emoções, os resultados também sugerem adaptação (Wertz, 2014; Romão, 2016) e aceitação pelos pares (Romão, 2016).

O impacto do funcionamento emocional na sobrevivência, na adaptabilidade, na sociabilidade e na aprendizagem é inquestionável (Fonseca, 2016). As emoções guiam e suportam as funções atencionais, capturam a atenção e ajudam a memória e como estados mentais influenciam as funções cognitivas e executivas e assumem um papel fundamental nas interações. Neste sentido, os quatro estudos (Mestre et al, 2011; Magalhães, 2015; Romão, 2016; Wertz, 2015) evidenciam associação significativa entre a subescala perceção e valorização das emoções e os critérios dos juízes externos no concernente à adaptação, controlo e rendimento académico. A aceitação pelos pares emerge no estudo de Romão (2015) e Wertz (2014), enquanto menor conflitividade sobressai nos trabalhos de Mestre e colaboradores (2011), Magalhães (2015) e de Wertz (2014) deduzindo-se daí que a etapa pré-escolar é fulcral para as crianças desenvolverem novas formas de se expressarem e de se relacionarem com os outros.

Nesta perspetiva, as emoções podem ser percecionadas como forças disruptivas ou impulsionadoras das cognições, que sugerem a necessidade de regulação, supressão e controlo, no interesse de produzir respostas criativas e adaptadas às situações do quotidiano. No entanto, não sendo fácil avaliar a inteligência emocional na idade pré-escolar, o PERCEPXVAL para crianças apoiado no modelo de inteligência emocional Mayer e Salovey (2009), embora em fase de construção e validação, veio colmatar a lacuna existente neste domínio tendo-se revelado útil para avaliação da capacidade de perceber, expressar e valorizar emoções nesta etapa do ciclo vital.

Conclusões

Este estudo teve como objetivo descrever a relação entre a perceção, expressão e valorização das emoções e o ajustamento social das crianças em idade pré-escolar a partir de estudos que utilizaram o “PERCEPXVAL para niños” como instrumento de medida. A análise da produção científica levantada, mostrou evidências patentes nas correlações entre as subescalas e os critérios dos juízes externos que corroboram o modelo teórico de que perceber, valorizar as emoções é fundamental para uma melhor adaptação psicossocial.

A busca bibliográfica revelou escassez de investigação científica sobre as emoções centrada nos estádios mais precoces e cruciais da vida humana, como por exemplo na etapa pré-escolar (3 – 6 anos), numa idade em que a criança ultrapasse as fronteiras familiares e inicia a socialização com os pares.

Diante do panorama encontrado, sugere-se implementação de programas de educação emocional na idade pré-escolar que, além dos profissionais de educação possam também envolver as famílias, crendo que a potenciação da educação emocional precoce se repercutirá positivamente ao longo de toda a vida do indivíduo nas aprendizagens, nas relações interpessoais, na adaptação, no controlo dos impulsos e no enfrentamento adequado dos desafios que a vida vai apresentando.

Referências

- Aguiar, J. S. R., Silva, A. I. P., Aguiar, C. s. R., N., Souza, W. C. (2016). A influência da intensidade emocional no reconhecimento das emoções em faces por crianças brasileiras. *Universitas Psychologica*, 15(5), 206-215.
- Alves, C. M. G. (2013). Inteligência emocional em crianças com dificuldades de aprendizagem: uma perspectiva educativa. Dissertação de Mestrado. Escola superior de Educação João de Deus.
- Cadima, J., Ferreira, T., Guedes, C., Vieira, J., Leal, T.P. M. (2016). Risco e regulação emocional em idade pré-escolar: a qualidade das interações dos educadores de infância como potencial moderador. *Análise Psicológica*, 34(3), 235-248.
- Capelo, R., Varela, M., & Serrano-Díaz, N. (2018). Perceção, expressão e valorização das emoções das crianças na educação pré-escolar. *Revista Exitus*, 8(2), 137-162.
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional of findings*. London: Elsevier.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384.
- Freitas-Magalhães, A. (2013). *A psicologia das emoções: O fascínio do rosto humano*. Lisboa: Leya.
- García Tárraga, M. J. (2016). Eficacia de um programa integral de educación emocional para menores de três años. In Juan-Luis Castejón Costa (Coord.). *Psicología y Educación: Presente y Futuro*, CIPE2016, 1414-1421. ISBN: 978-84-608-8714-0
- Gendron, M., Roberson, D., Van der Vyer, J.L. (2014). Perceptions of emotion from facial expressions are not culturally universal: evidence from remote culture. *Emotion*, 14(2), 251-262.
- Jack, R. E., Garrod, O. G., Yu, H., Caldara, R. & Schyns, P. G. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(19), 7241-7244.
- Lindquist, K., Siegel, E., Quigley, K. & Barrett, L. (2013). The hundred-year emotion war: are emotions natural kinds or psychological construction? Comment on Lench, Flores, and Bench. *Psychological Bulletin*, 139(1), 255-263.
- Izard, C. (2010). More meanings and more questions for the theme “Emotion”. *Emotion Review*, 2(4), 383-385.
- Jesus, R. M., & Lempke, N. N. S. (2015). Manifestações emocionais das crianças na educação infantil. *SynThesis Revista Digital FAPAM*, 6(6), 309-325.

- Leite, M. L. L. C. (2014). Ação pedagógica e desenvolvimento da inteligência emocional na infância: reflexão e partilha de uma prática. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Lopatovska, I. & Arapakis, I. (2011). Theories, methods and current research on emotions in library and information science, information retrieval and human-computer interaction. *Information Processing & Management*, 47(4), 575-592.
- López Cassá, E. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 16(3), 153-167.
- Magalhães, S. G. (2015). Pré-validação de um teste de emoções na idade pré-escolar. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Universidade da Madeira.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (2007). Que é inteligência emocional? In J. M. Mestre e Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de Inteligência Emocional*. Madrid: Pirâmide, 25-45.
- Mestre, Navas, J. M & Guil Bozal, R. (2012). Regulación de emociones. Uma vía a la adaptación personal y social. Madrid: Pirâmide.
- Mestre, J. M., Guil, R., Martínez-Cabanas, F., Larrán, C., & González, GG. (2011). Validación de una prueba para evaluar la capacidad de percibir, expresar y valorar emociones em niños de la etapa infantil. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 14(3), 37-54.
- Moors, A. (2013). On the causal role of appraisal in emotion. *Emotion Review*, 5, 356-368.
- Ricarte, M. D., Minervino, C. M., Roazzi, A., Dias, M. G. & Viana, D. N. M. (2009). Examining the link between preschool social-emotional competence and first grade academic achievement: the role of attention skills. *Early childhood. Research Quarterly*, 26(2), 182-191.
- Romão, A. S. (2016). Avaliação da capacidade de perceber, expressar e valorizar emoções nas crianças em idade pré-escolar. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Universidade da Madeira.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Shaffer, D. R. & Kipp, K. (2012). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: Cengage Learning.
- Tirri, K., Nokelainen, P., & Komulainen, E. (2013). Multiple intelligences: Can they be measured?. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 55(4), 438-461.
- Wertz, V. (2014). Um estudo correlacional entre el conocimiento emocional, la inteligencia verbal y el género em la adaptación escolar de niños/as de Educación infantil. Monografía de Grado de Educación Infantil. Universidad de Cádiz.

Formação Continuada em Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo: a compreensão de professores de educação física

Natália da Silva de Oliveira (1); Luana Zanotto (1); Fernando Donizete Alves (1); Deise Aparecida Silva Malta (1)

1. Universidade Federal de São Carlos

Resumo

Este estudo objetivou analisar e compreender o Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC) como momento de Formação Continuada para professores de Educação Física atuantes nos primeiros anos da Educação Básica. Desenvolvido na abordagem qualitativa, teve como lócus de recolha dos dados o próprio HTPC ocorrido na rede municipal de ensino de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil, e contou com a participação de quatorze professores de Educação Física. Como parte dos resultados, apresenta-se a discussão sobre como decorrem as reuniões de planejamento de educadores da infância no âmbito do movimento e expressão corporal. Como instrumentos de coleta de dados foi utilizada a observação participante com registros sistemáticos em diários de campo, além de entrevistas semi-estruturada na perspectiva do grupo focal. A análise do material foi feita à luz da análise de conteúdo. Os resultados apontam que, segundo as percepções dos professores, o HTPC é considerado um espaço de trocas de experiências sobre como proceder com o planejamento prévio à prática pedagógica. O estudo apresentado colabora com discussões acerca de temas tangenciais aos processos formativos de qualidade voltados para professores de Educação Física que atuam como educadores da (na) infância. Recomendações se dão no sentido de relacionar estes processos formativos aos múltiplos campos de saberes para tornar a prática profissional cada vez mais ajustada às demandas das crianças.

Palavras-chave: Educação Física Escolar; Formação Continuada; Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo.

Introdução

Muitos estudos discutem o papel da formação inicial e continuada de professores na qualidade da capacitação e atuação docente (Pimenta, 1997, Marcelo-García, 1998, Borges, 2004, Tardif, 2010). As necessidades formativas de professores capacitados para ensinar, no qual a dedicação, o estudo e, principalmente, a reflexão sobre a prática docente, podem ser pautas inclusas nestas discussões, e estão entre os principais aspectos necessários para tal finalidade.

Segundo Sadi (2006), a formação inicial é definida como a formação desenvolvida durante os cursos de graduação, enquanto que a formação continuada se relaciona à formação permanente na atividade docente, incluindo a sua capacitação, atualização, aperfeiçoamento, etc.. Assim, o período de formação inicial de professores é caracterizado pela estrutura de cursos de graduação em licenciatura, que possuem em média quatro a cinco anos de duração e é plenamente validado por meio de um diploma. No entanto, podemos nos questionar, quais saberes docentes os professores adquirem durante esta etapa de formação?

Tardif (2010) apresenta contribuições para o entendimento de saberes docentes que congregam os saberes que os professores possuem e usufruem para que possam exercer a carreira docente. Sobre estes saberes, o autor define que os saberes docentes são “um saber plural, formado pelo amálgama, mais ou menos coerente, de saberes oriundos da formação profissional e de saberes disciplinares, curriculares e experienciais” (Tardif, 2010, p. 36). O autor ainda enfatiza que os saberes adquiridos na faculdade (na formação inicial) são os denominados saberes profissionais.

Pode-se chamar de saberes profissionais o conjunto de saberes transmitidos pelas instituições de formação de professores (escolas normais ou faculdades de ciências da educação). O professor e o ensino constituem objetos de saber para as ciências humanas e para as ciências da educação. Algumas dessas ciências não se limitam a produzir conhecimentos, mas procuram também incorporados à prática do professor (Tardif, 2010, p. 36-37).

No entanto, os saberes docentes necessário para o ensino não podem ser reduzidos apenas aos saberes profissionais. Por este motivo, o autor acredita que outros saberes constituem a docência (saberes disciplinares (conteúdo), saberes curriculares e os saberes experienciais) e a formação contínua promove um saber experiencial, ou seja, o docente também se forma ao longo de sua carreira, bem como, se forma para as atividades do cotidiano ou da vida (Tardif, 2010). Neste sentido, é necessário que a formação inicial não esteja apenas pautada no ensino de conteúdos disciplinares ao futuro professor, visando o desempenho profissional, ou então de apenas saberes voltados especificamente a conteúdos específicos, mas se proponha a uma formação que prepare os professores para o exercício da reflexão sobre a prática pedagógica.

Sobre os saberes da experiência, ainda segundo o autor supracitado:

[...] os próprios professores, no exercício de suas funções e na prática de sua profissão, desenvolvem saberes específicos, baseados em seu trabalho cotidiano e no conhecimento de

seu meio. Esses saberes brotam da experiência e são por ela validados. Eles incorporam-se à experiência individual e coletiva sob forma de *habitus* e de habilidades, de saber-fazer e de saber-ser. Podemos chamá-los de saberes experienciais ou prático (Tardif, 2010, p. 38-39).

Os professores se formam conforme suas experiências, as quais possuem relação com os contextos e unidades escolares em que os professores trabalham. Diante disso, observamos a necessidade de que a formação continuada de professores esteja relacionada aos contextos escolares, para que a prática docente seja percebida e refletida de forma efetiva e coerente à prática cotidiana junto aos alunos.

Com relação a formação continuada de professores, Lourenço (2014) afirma que a formação inicial antecede o ingresso ao trabalho, sendo a formação contínua aquela que ocorre concomitantemente à atuação docente, ou seja, são consideradas como processos distintos de formação.

Corroborando a ideia sobre a formação continuada de professores, Teixeira (2010) afirma que é um processo de educação permanente que ocorre em seu local de trabalho e que oportuniza e oferece competências e apropriações que enriquecem sua prática de ensino. Isto posto, tal momento formativo atua como um processo de desenvolvimento profissional que possui a escola como *locus* de contínuo processo de aprendizagem docente. Em conformidade, a experiência profissional é um fator crucial para que a reflexão ocorra, em pares ou individualmente (Schön, 1995, Pérez-Gómez, 1997).

Observamos, então, que diante das suas experiências do cotidiano os professores incorporam conhecimento e saberes a sua prática docente. Com isso, se faz necessário investir em programas de formação que permitam aos docentes refletirem sobre seus saberes e experiências vivenciadas no cotidiano. Na direção, Freire (2001, p. 72) conclui:

A melhora da qualidade da educação implica a formação permanente dos educadores. E a formação permanente se funda na prática de analisar a prática. É pensando sua prática, naturalmente com a presença de pessoal alta-mente qualificado, que é possível perceber embutida na prática uma teoria não percebida ainda, pouco percebida ou já percebida, mas pouco assumida.

Para um ensino de melhor qualidade, existe a preocupação de professores sobre passar por boas práticas de capacitação, para que consigam dar conta das demandas e dos dilemas do cotidiano profissional. Por isso, é necessário que os docentes participem de ações que despertem posturas

críticas e reflexivas, que não apenas reproduzam ideias, mas atuem em acordo com os contextos e as características do local de trabalho, consoante as problematizações e as resoluções das situações presentes no dia a dia da profissão.

Para Zeichner (1993, p. 17):

O conceito de professor como prático reflexivo reconhece a riqueza da experiência que reside na prática dos bons professores. Na perspectiva de cada professor, significa que o processo de compreensão e melhoria do seu ensino deve começar pela reflexão sobre a sua própria experiência e que o tipo de saber inteiramente tirado da experiência dos outros (mesmo de outros professores) é, no melhor dos casos, pobre e, no pior, uma ilusão.

Notadamente, o professor não é um mero reproduzidor de ideias, mas sim um pesquisador de sua própria prática, tornando-os sujeitos de suas ações docentes. Desta forma, existe o reconhecimento dos professores como produtores do conhecimento sobre a educação, que também é concebido mediante as experiências vivenciadas e construídas durante o cotidiano docente.

Sobre a prática reflexiva inerente à Educação Física, segundo Rangel-Betti, (2001, p. 30):

Os dias atuais demonstram que não há mais espaço para os acomodados, os desmotivados, os que simplesmente reproduzem e não transformam. Apenas um profissional reflexivo, em meu entender, será capaz de ultrapassar as fronteiras e obstáculos que surgem em todos os instantes. A reflexão, desde o início da formação, poderá fornecer um suporte capaz de tornar o professor um crítico positivo de seu trabalho, levando-o a nunca estar satisfeito, com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade de seu ensino.

Além dos esforços por parte do professor de Educação Física, são necessários investimentos para acesso às melhores condições de trabalho, assim como ações de incentivo por parte dos órgãos responsáveis para a melhora na atuação docente. Como possibilidade para o desejado avanço, é necessário que os processos de formação continuada estejam atrelados com o local de trabalho do professor, pois é onde ocorrem as demandas e as adversidades do cotidiano em relação aos seus contextos.

A formação continuada de professores em local de trabalho é imprescindível, tendo em vista que é na escola que estão as demandas e dificuldades do professor, tendo estas, contextos e particularidades próprias do ambiente de trabalho. Ao encontro desta proposta, o Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC) pode ser caracterizado como um momento de formação, já que este é constituído por reuniões/encontros previstos na carga horária do professor. Além disso,

este também “pode ser um local para que discussões sobre ensino-aprendizagem ocorram” (Oliveira, 2006, p. 2).

Tendo em vista a escola como espaço de trabalho e formação, o HTPC atua como espaço-tempo de criação, reflexão e transformação, enquanto horário previsto na carga horária de trabalho do professor. Conforme destacam Cunha & Ometto (2013), o referido Horário é considerado um espaço de formação no qual socialização de experiências e discussão sobre práticas pedagógicas ocorrem produzindo então saberes a favor do Projeto Político Pedagógico da escola. Estes encontros são considerados formativos, favorecendo a atuação de professores e gestores para que possam elaborar projetos, colaborar e discutir práticas, ou seja, um espaço para formação conjunta (Cunha & Ometto, 2013).

Para Lourenço (2014), o HTPC é uma possibilidade de valorização da escola na formação de professores e coloca a escola como o principal cenário de capacitação contextualizada, por meio de discussões individuais ou em grupo. Assim, oportuniza aos professores um momento de trocas de experiências, cooperatividade e aprendizagem, que pode potencializar o processo de ensino e de aprendizagem dos alunos.

Em linha de síntese, o HTPC pode ser entendido como um espaço de formação, onde as trocas de experiências e discussões sobre as práticas docentes ocorrem. Além disso, favorece uma formação conjunta pelo fato de ser constituído por professores e por coordenadores pedagógicos. Nesse sentido, questionamos: como o professor em exercício profissional compreende o momento de trabalho coletivo? Dado o exposto, o presente estudo objetivou analisar a compreensão de professores de Educação Física sobre o HTPC como momento de formação continuada.

Método e procedimentos

O estudo foi fundamentado na abordagem qualitativa de pesquisa com delineamento descritivo-exploratório (Gomes, 1994). Nesta investigação a preocupação não foi a quantificação da realidade, mas sim a compreensão dos significados, crenças e valores expressos pelos participantes (Minayo, 1999).

Compõe o grupo de sujeitos um total de quatorze professores de Educação Física que atuam na Educação Infantil e/ou Ensino Fundamental I da Educação Básica da rede de ensino de um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. Todos possuem licenciatura em Educação Física e compõem a faixa etária dos 26 aos 55 anos. Assim, há professores iniciantes, formados

recentemente, e professores em fase de aposentadoria, formados há mais tempo, com quase vinte anos de carreira docente. Todos têm carga horária de trabalho mínima de 20 horas semanais. Ainda compõe o quadro de participantes o coordenador pedagógico da Educação Física da área de coordenação pedagógica do município.

A coleta dos dados foi realizada em horários de HTPC exclusivo para os professores alvo deste estudo, ou seja, não se trata do Horário convencional das escolas em que participam pedagogos e professores de outras áreas do conhecimento, mas sim de um horário específico para o corpo docente Educação Física. A reunião é realizada quinzenalmente, de modo alternado entre HTPC convencional e específico à área.

A primeira ronda de coleta ocorreu pela observação participante em reuniões do grupo com registros em diários de campo (Bogdan & Biklen, 1994). Segundo Ludke & André (2012), a técnica oferece maior contato com os participantes e, igualmente, favorece os estreitamentos de vínculos entre pesquisador e pesquisado, pautados em uma relação de confiança que permite aproximação da realidade social investigada. Foram observadas e descritas um total de seis reuniões, com duração média de duas horas cada.

Na segunda ronda de coleta foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco professores, na perspectiva do grupo focal (Negrine, 1999, Gil, 2008). O método de escolha dos entrevistados respaldou-se nos mais participativos (pela frequência no compartilhamento de ideia, oferta de críticas e sugestões durante as reuniões), tempo de serviço e voluntariedade. As questões buscaram aprofundar entendimentos sobre como o professor compreende conceitos sobre a formação continuada, como acreditam que tal momento acontece no HTPC específico da Educação Física e como as discussões impactam na melhoria da atuação e para a reflexão da prática pedagógica.

A análise dos resultados sustentou-se nos referenciais de Bardin (2009), os quais possibilitaram desvendar alguns conteúdos presentes nos dados ao discuti-los com o referencial teórico escolhido. Foram respeitados todos os cuidados éticos no que se refere ao consentimento de participação, ao anonimato dos professores por meio de nomes fictícios e à confidencialidade dos dados.

Resultados e discussão

Diante do levantamento e análise dos diários de campo foi possível conhecer e caracterizar o HTPC em que participam os professores de Educação Física. Estes professores cumprem três momentos distintos de planejamentos previstos na carga de trabalho, a saber: o Trabalho Pedagógico

Individual (ATPC), o HTPC convencional com outros especialistas das escolas em que possuem maior carga horária de trabalho (pedagogos e professores de música) e, por fim, o HTPC específico, que representa o objeto de análise deste estudo.

As reuniões específicas ao grupo são quinzenais, intercalando-se com os HTPC convencionais. Os encontros específicos possuem um momento de início com informes gerais, por exemplo, discussões sobre as estratégias de implementação da Base Nacional Curricular Comum (BNCC) (Brasil, 2018) e divulgação de eventos científicos na área. Na sequência são discutidas ações elaboradas pela Secretaria de Educação do município, bem como ações de planejamento de aulas para as próximas duas semanas. Em todos os encontros o coordenador pedagógico distribuiu pautas, além de história, textos motivacionais e materiais complementares para contextualização dos temas a serem discutidos. Além disso, vídeos de atividades como exemplos para as aulas foram frequentemente presente nos encontros.

Com isso, verifica-se que o HTPC é organizado por distintas situações, isto quer dizer que existe um trabalho por parte do coordenador para que ocorra de forma sistematizada. Estas características dialogam com Franco (2008), ao pensar que o papel do coordenador vai além de planejar e organizar as reuniões, mas sim, fazê-lo pensando em incentivar um processo reflexivo dos professores, o que oferta indícios de que esse tempo de serviço apresenta características formativas.

Com relação às intenções do coordenador acerca da apresentação de vídeos e leitura de textos base, compreendemos que o gestor oferta alguns aportes, sobretudo, pautados na literatura científica, para que os professores consigam, em suas aulas, embasarem as práticas pedagógicas em respaldos científicos, para contextualizarem com propriedade os conteúdos trabalhados em sala de aula.

Sobre o conteúdo das discussões, evidenciamos o diálogo sobre o ensino dos quatro esportes mais conhecidos no universo da Educação Física (basquetebol, futebol, handebol e voleibol) (González & Fensterseifer, 2009, 2010), bem como o planejamento de aulas baseado em datas comemorativas (dia do índio, festa junina, folclore, etc.). Sobre o assunto, consideramos que investir apenas nestas quatro modalidades consiste em ressaltar um estereótipo presente na área da Educação Física, no qual o Ensino Fundamental trabalha com os esportes e o Ensino Infantil trabalha em função das datas comemorativas, fato que empobrece os conhecimentos e especificidade da área.

Diante disso, por vezes, acordos são necessários no ambiente escolar e que trabalhar apenas com base no ensino dos esportes e com base em datas comemorativas são importante, no entanto, consideramos que proposta de ensino contextualizadas, aprofundadas e articuladas às necessidades

dos alunos, com uma gama maior de conteúdos e práticas corporais, enriquecem o processo de ensino e de aprendizagem das crianças de acordo com o pretendido pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) da Educação Física (Brasil, 1997) e pelo Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI) (Brasil, 1998).

Quanto à análise das concepções dos professores sobre formação continuada, face aos moldes como o HTPC é proposto, foi possível observar a compreensão deste momento como tempo e espaço de formação para prática e atualização profissional, segundo a lente dos professores. Ao perguntar o que eles compreendem por formação continuada, a maioria sinaliza conceitos sobre a atualização profissional. A título de exemplo, para Ruan: “Formação continuada é aquele auxílio, aquela base que às vezes te sustenta. Aquele conteúdo que você já não vê há muito tempo ou um reforço, alguma ideia que está meio dispersa ainda, é aquele auxílio que professor precisa”.

Com base na fala de Ruan e nas observações sistemáticas em reuniões, os professores se identificam com o formato como o HTPC é realizado, assumindo que a atualização profissional ocasionada neste momento é considerada um benefício para a carreira docente. Para além dos “bons olhos” dos professores para com a formação em ambiente de trabalho, sinalizaram a necessidade de um processo efetivo de aprendizagem, com investimento institucional em cursos fora da escola, conforme a fala de Maria: “é um investimento do município, do estado, da rede, na formação mesmo, em cursos para o professor durante a vida profissional dele”.

Para os professores a formação continuada é atendida nos distintos HTPCs em que participam, no entanto, o HTPC específico da Educação Física foi compreendido por eles como momento mais proveitoso à formação, dado a sua especificidade e oportunidade de diálogo entre os pares.

Os professores destacam também a baixa participação formativa para a área no HTPC convencional, o que é reforçado pela professora Kauany ao dizer que as reuniões convencionais são direcionadas para formação (contínua) dos professores pedagogos (educadores da infância). Neste âmbito, refletimos sobre a invisibilidade da Educação Física na pauta das reuniões do HTPC convencional e, conseqüentemente, a interação dos professores da área, da hierarquização entre os conteúdos e profissionais da educação. De acordo com Ayoub (2001, p. 54), “as hierarquizações presentes entre os (as) profissionais da educação, as quais geram disputas por espaços político-pedagógicos e, de outro, os riscos de uma abordagem fragmentária de conhecimento que tende a compartimentar a criança”.

Segundo as hierarquizações e disputas por espaços de trabalho, relembramos a falta de prestígio e reconhecimento da Educação Física como área legítima do conhecimento nas escolas. Sobre isso temos que “entre os(as) professores(as) “especialistas” ocorre também uma forte hierarquização em relação à área de formação: educação física e artes são áreas consideradas menos “nobres” e, portanto, são desvalorizadas no rol das disciplinas escolares” (Ayoub, 2001, p. 54-55).

O direcionamento do HTPC da Educação Física para a área, segundo os docentes, proporciona diversas trocas de experiências. Na fala do professor Sr. Myagui: *“da Educação Física é mais direcionado, como estão todos os profissionais da área, a troca de informações e experiências é muito mais efetiva na questão de você absorver alguma coisa nova, uma prática nova”*. Em consonância, a fala da professora Maria concorda com o professor, ao dizer:

[...] as diferenças então, acho que é justamente isso, a questão do conteúdo mesmo em si, que um é muito mais voltado para nossa área e o outro não é tanto assim, não é englobado. E a gente até, no HTPC da Educação Física, faz um links assim com a questão pedagógica de aprendizagem, tem toda uma discussão sobre a educação em geral, é levado, como você já viu, foi levado até pesquisas em torno da educação, em geral, e aqui não acontece isso, é mais o que acontece na rotina aqui da escola, cada professor e de sua sala de aula.

Com isso, relevamos a hipótese de que as interações entre o professorado durante o HTPC específico, juntamente com as trocas de experiências, geram um incentivo à melhoria das práticas pedagógicas, tendo em vista que eles consideram esse momento formativo positivado. Assim, as permutas entre os pares estiveram fortemente presentes nos relatos de diários. Isso fica evidente no trecho abaixo, no qual, ao mostrar um vídeo sobre o respeito na Copa do Mundo (futebol), o coordenador pedagógico comenta sobre a importância de se trabalhar o respeito a diferentes etnias, povos, entre outros.

Então, os professores começaram a conversar sobre a importância de trabalhar em conjunto, pois por muitas vezes, não importa apenas ter um profissional que se destaque se ele não trabalha em conjunto com os demais, e isso também se transfere para outras situações para que não só futebol. [...]. Em seguida, os professores conversaram também em pequenos grupos de dois ou três docentes (DIÁRIO DE CAMPO, HTPC 24/07/2018).

Segundo os professores de Educação Física o que promove e enriquece a formação continuada são as trocas de experiências, e isto se concretiza pelo fato de que afirmaram que o HTPC convencional também é um espaço de formação, no entanto, para os pedagogos. A análise é reforçada quando a

professora Maria discorreu sobre as semelhanças e divergências entre os dois HTPC (convencional e específico):

tem uma leitura, tem a discussão sobre o tema, e depois tem uma discussão sobre o que acontece durante o dia a dia, no cotidiano escolar mesmo, na rotina escolar e aí troca experiências com relação a isso, mas mais com relação ao professor de sala. E isso também acontece com HTPC da Educação Física, tem essa troca de experiência, o coordenador leva sugestões de atividades, coisa que acontece também no outro HTPC [convencional].

Portanto, o diálogo entre pares é o que enriquece a atuação e isso se efetiva pelo fato dos professores de Educação Física analisarem o HTPC convencional, em que há constante troca de saberes entre os pedagogos.

Por último, destacamos a percepção dos professores frente à ação do coordenador em exibir vídeos e propor leituras disparadoras para a reflexão, intencionalmente para desencadear processos formativos. Mas, segundo eles, tais propostas realmente se efetivam quando em diálogo com os colegas, ou seja, pelas trocas de experiências, dos relatos sobre os desafios, dos dilemas e das conquistas verificadas no dia a dia das aulas, ações que desencadeiam a sabedoria da prática (Shulman, 1987) oriunda das experiências profissionais. Cada docente possui uma forma diferente de trabalho, o que enriquece ainda mais as trocas de experiências. Tardif (2010) já anunciava que para os professores, as trocas de experiências são consideradas meios profícuos para que a formação continuada ocorra.

Considerações finais

O presente estudo objetivou analisar a compreensão de professores de Educação Física sobre o HTPC como momento de formação continuada. Tendo em vista que o HTPC é um componente efetivo na carga de trabalho do professor, nesta pesquisa, identificamos que, pelo menos, quando composto por especialistas de uma mesma área, este espaço-tempo configura-se como momento de formação continuada pelo fato de permitir trocas contextualizadas de experiências. Neste sentido, os diálogos entre os pares foram apontados como a principal estratégia caracterizante dos processos de formação, para além de ter sido compreendido como mais proveitoso do que o HTPC convencional.

Observamos que as trocas de experiências estiveram presentes da fala dos professores, o que confirma os resultados encontrados com o referencial teórico adotado pelo estudo. Os professores alegam que os momentos formativos ocorrem quando dialogam e trocam informações sobre seus

fazer e saber, assim como suas dificuldades e angústias. Sendo assim, o diálogo foi compreendido como semeador e transformador do conhecimento pedagógico dos participantes e relevou um caminho eficaz ao pensarmos ações de formação continuada para o grupo.

Os professores entendem a importância da formação continuada para sua prática pedagógica, já que consideram um desejo para mais investimentos e cursos para o aperfeiçoamento docente.

Ressaltamos que a própria existência do HTPC específico da Educação Física do município investigado já se configura como um avanço para a área e para a Educação escolar, tendo em vista os momentos para discussões sobre assuntos específicos de ensino e de aprendizagem da Educação Física na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental.

Acreditamos que tanto o coordenador pedagógico quanto os professores devam participar da construção do que é necessário ser discutido no espaço investigado e, neste caso, relembramos a urgência em investigar as necessidades formativas de professores, que devem estar pautadas na análise das demandas dialogadas em HTPC. Assim, reiteramos que pensar processos de formação centrados nos docentes contribui para a desejada educação de qualidade.

Referências Bibliográficas

- Ayoub, E. (2001). Reflexões sobre a educação física na educação infantil. *Revista Paulista de Educação Física*, 53-60.
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. *Lisboa: Edições, 70*.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. (1994). Notas de campo. Coleção Ciências da Educação, Porto Editora. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*.
- Borges, C. M. F. (2004). *O professor da educação básica e seus saberes profissionais*. Araraquara: JM editora.
- Brasil. (1997). Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física*. Brasília: MEC/SEF.
- Brasil. (1998). Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil*. Brasília: MEC/SEF;
- Cunha, R. C. O. B., & Ometto, C. B. C. N. (2013). *O trabalho coletivo na escola: o projeto político-pedagógico como pauta de formação*. Educação, Porto Alegre.
- Franco, M. A. S. (2008). Coordenação pedagógica: uma práxis em busca de sua identidade. *Revista Múltiplas Leituras*, 1(1), 117-131.
- Freire, P. (2001). *Política e educação: ensaios*. Editora São Paulo: Cortez.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A.,
- Gomes, R. (1994). A análise de dados em pesquisa qualitativa. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, 23, 67-80.
- González, F. J., & Fensterseifer, P. E. (2009). Entre o “não mais” e o “ainda não”: pensando saídas do “não-lugar” da EF escolar I. *Cadernos de Formação RBCE*, 1(1), 9-24.

- González, F. J., & Fensterseifer, P. E. (2010). Entre o “não mais” e o “ainda não”: pensando saídas do “não-lugar” da EF escolar II. *Cadernos de Formação RBCE*, 1(1), 10-21.
- Lourenço, R. S. S. L. (2014). *A formação continuada em serviço de professores e as atividades do horário de trabalho pedagógico coletivo nas escolas dos anos iniciais do ensino fundamental*. (Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual Paulista).
- Ludke, M., & André, M. E. (2012). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- Marcelo-García, C. (1998). Pesquisa sobre a formação de professores: O conhecimento sobre aprender a ensinar. *Revista Brasileira de Educação*, 9.
- Minayo, M. C. S. (1999). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Minayo, M. C. S., compilador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, 23, 9-29.
- Negrine, A. (1999). Instrumentos na coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: Molina Neto, V. Trivinos, A. N. S. (Orgs). *A pesquisa qualitativa na educação física: Alternativas metodológicas*. Porto Alegre: Universidade/ UFRGS/ Sulina, 61-93.
- Pérez-Gómez, A. (1997). O pensamento prático do professor. A formação do professor como profissional reflexivo. In: Nóvoa, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. 2. ed. Lisboa: Dom Quixote.
- Pimenta, S. G. (1997). *Didática e formação de professores: percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal*. São Paulo: Cortez.
- Oliveira, N. A. R. (2006). *A HTPC como espaço de formação: uma possibilidade* (Tese de Doutorado em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo).
- Rangel-Betti, I. C. (2001). Educação Física e o Ensino Médio: analisando um processo de aprendizagem profissional. *Motriz*, 7(1), 22-29.
- Sadi, R. S. (2006). Formação permanente de professores de educação física: notas de investigação sobre o conhecimento crítico-criativo. *Motrivivência*, 26, 46-68.
- Schon, D. A. (1997). Formar professores como profissionais reflexivos. In: Nóvoa, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. 3. ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 51-76.
- Shulman, L. (1987). Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. *Harvard Educational Review*, 57(1), 1-27.
- Teixeira, C. B. (2010). O Professor como agente principal da mudança de sua prática pedagógica. Anais do VI Encontro de Pesquisa em Educação UFPI, Teresina, 1- 17.
- Zeichner, K. M. (1993). *A formação reflexiva de professores: idéias e práticas*. Lisboa: Educa.

Formação de Educadoras da Primeira Infância: contribuições da extensão universitária

Andressa de Oliveira Martins (1); Aline Sommerhalder (1); Maria Elisa Nicolielo (1); Luana Zanotto (1)

1. Universidade Federal de São Carlos/ Brasil

Resumo

O presente estudo foi desenvolvido em uma atividade de Extensão Universitária de formação permanente em contexto profissional da Educação Infantil de uma cidade brasileira. A ação teve como aspecto central a colaboração entre universidade e escola, buscando desenvolver o planejamento de ações formativas com professores, tomando a creche como lócus para reflexão e melhoria das práticas pedagógicas. A pesquisa objetivou levantar e descrever aspectos referentes à participação de educadoras na prática social de “estar em formação” na atividade extensionista. De abordagem qualitativa, este estudo de caso contou com a participação de 16 educadoras e teve como instrumento de coleta de dados o grupo focal, com registro em filmagem e áudio e transcrição. A organização e análise dos dados ocorreram via análise de conteúdo. Os resultados evidenciam a importância de a formação permanente “estar pautada na prática” de professores. A pesquisa revelou que as educadoras pensaram possíveis opções de trabalho, bem como (re)elaboraram suas práticas e refletiram sobre a atuação, devido ao fato de a atividade ter sido desenvolvida em um modelo de formação pautado na prática de Educação Infantil, assim, tem relação direta com a atuação profissional. A pesquisa revela a necessidade de repensar a formação de professores, pautando-se em uma formação colaborativa e que considere as práticas concretas e os contextos de trabalho, por meio da relação entre teoria e prática, entendendo esses elementos como essenciais para uma formação significativa e de qualidade, possibilitando incidências sobre a ação.

Palavras-chave: Educação Infantil; Formação de Professores; Extensão Universitária.

Introdução

O presente texto apresenta um recorte de uma pesquisa concluída que foi desenvolvida em um Projeto de Extensão Universitária de formação permanente e em contexto de profissionais que atuam em creches e pré-escolas de uma cidade do interior de São Paulo, Brasil.

O Projeto Extensionista é resultado das demandas de formação apresentadas por profissionais em exercício e da parceria entre universidade e a escola, a fim de promover ações conjuntas de

formação. Nesta direção, o Projeto se pauta em uma formação apoiada na reflexão crítica, teórica e prática, buscando superar a dicotomia existente entre teoria e prática, pensar e agir (Pimenta, 1997).

Moysés & Collares (1996), evidenciam o distanciamento existente entre o espaço real de atuação de professores e o conhecimento científico, enfatizando os cursos de curta duração oferecidos para formar professores que desconsideram os conhecimentos prévios dos profissionais e de sua prática. Estes cursos, conforme afirmam as autoras, não geram mudanças e não transformam a prática, mas sim apenas transmitem teorias que muitas vezes estão em descompasso com a realidade docente. Para que efetivas mudanças ocorram é preciso “reconhecer que o pensamento que circula pelo cotidiano, pela escola real, é diferente das teorias originais, fruto de sua modificação pelo próprio cotidiano” (Moysés & Collares, 1996, p. 114).

Sobre os cursos de curta duração, Kramer (2005) enfatiza que historicamente este formato esporádico e emergencial não trouxe contribuições efetivas para a aprendizagem profissional e nem apresentaram mudanças nas práticas pedagógicas, uma vez que a teoria é sempre a teoria de uma prática. Deste modo, tal modelo de formação deve ser uma formação de sujeitos historicamente situados e comprometidos com o contexto onde se inserem (Veiga, 2009).

O reconhecimento dos saberes dos professores requer a afirmação de que não existe teoria sem prática. Para que mudanças efetivas ocorram no campo da educação, defendemos como fundamental que a formação de professores se ajuste a realidade de trabalho dos docentes e que teoria e prática não tracem caminhos dicotômicos, evidenciando a falta de relação entre instituição formadora e as reais exigências da atividade docente. Freire (1992) aponta que o aprender deve ser uma criação e não a mera repetição, pois aprender é tarefa de construir, reconstruir, buscar, de compartilhar, de lutar por mudanças.

Defendemos o reconhecimento de que os saberes científicos se enriquecem à medida que se abrem para o diálogo. A reflexão teórica é enriquecedora, porém não pode concentrar apenas no campo idealista. É necessário que esta reflexão tenha como ponto de partida os saberes da experiência, oriundos as práticas realizadas cotidianamente pelos profissionais da educação.

A formação de professores deve pautar-se na união entre teoria e prática, de modo que as duas esferas sejam o núcleo articulador da formação de profissionais (Candau & Lelis, 1991). Segundo as autoras, teoria e prática devem ser trabalhadas de forma simultânea e indissociável. Nessa proposta a teoria é formulada e reformulada a partir do contexto de trabalho, da realidade

profissional. Assim, Candau & Lelis (1991) afirmam que a prática deve ser o ponto de partida e de chegada, de modo que a teoria seja criada e recriada por meio da prática.

Entendemos que essa proposta de formação deva estar pautada na prática e na visão de mundo dos professores que dela participam, sendo o conteúdo organizado a partir da existência dos sujeitos, para possibilitar a reflexão sobre a prática. A linguagem da formação tem que estar em sintonia com a linguagem dos profissionais em exercício, com suas práticas e com a situação concreta de trabalho na qual se encontram.

Deste modo, o conteúdo a ser trabalhado na formação de professores tem que surgir da realidade, considerando que, os humanos são capazes de ter a sua atividade e a si mesmos com objetos de sua consciência, assim são capazes de realizar transformações, uma vez que sua existência se dá no mundo que eles próprios recriam e transformam (Freire, 1987). Notadamente, este fato aguça um olhar mais crítico sobre o mundo, com a finalidade de refazê-lo, por meio da análise da realidade e da reflexão, possibilitando aos professores serem sujeitos de seu desenvolvimento e formação; fazendo conexão entre realidade de trabalho e teoria, entre prática e saber, de modo que as aprendizagens ocorram nessa interação que criará possibilidades para a produção e construção do conhecimento coletivo.

Sendo a prática educativa contextualizada, a formação de professores deve auxiliar esse profissional a compreender a realidade em que ocorre a atividade docente, considerando que as teorias e as práticas pedagógicas não são universais, mas devem ser desenvolvidas em consonância com o contexto de trabalho (Libâneo & Pimenta, 2002). Gatti e Barreto (2009) acrescentam que a formação docente não pode ignorar a trajetória profissional do professor em exercício. Uma formação uniforme e descontextualizada não dá conta de atender as necessidades formativas destes profissionais. Pensando em uma formação contextualizada, Nóvoa (1997) defende propostas de formação autênticas, pautada por ritmos e tempos próprios, pois não é possível separar o “eu” pessoal do “eu” profissional, considerando que a profissão docente não envolve apenas competências e habilidades, mas também valores, ideias, é estar em relação humana com o outro.

Para que se rompa com este modelo formativo voltado apenas para a técnica da ação pedagógica, é necessário superar a concepção de formação que não considera as situações reais vivenciadas pelos docentes e que enxerga o professor enquanto mero reproduzidor e aplicador de técnicas. Para que a formação de professores não se limite apenas à atualização técnica, é preciso permitir que os docentes, a partir de suas práticas, descubram, reflitam, analisem, organizem, construam e reconstruam teorias (Imbernón, 2009).

Nesta perspectiva, investigamos uma ação extensionista que teve como aspecto central a colaboração entre universidade e a escola, buscando desenvolver com as profissionais o planejamento das ações formativas, tomando a creche como lócus para reflexão e melhoria das práticas pedagógicas a partir de ações formativas baseando-se nas necessidades de contexto de trabalho. Considerando as particularidades do proposto Projeto de Extensão Universitária, a pesquisa teve como objetivo levantar e descrever aspectos referentes a participação de educadoras na prática social de “estar em formação”, nesta Atividade de Extensão.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. De acordo Bogdan & Biklen (1994) a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como um estudo detalhado de determinado contexto social que busca informações para explicar em profundidade as características e significados do fenômeno investigado.

A partir da abordagem qualitativa, foi realizado um estudo de caso. Segundo Yin (2001), o estudo de caso é utilizado quando o foco da pesquisa está na compreensão dos fenômenos sociais complexos que se inserem no contexto da vida real. Trabalhamos com o estudo de um caso específico, focalizando apenas um evento: um Projeto de Extensão Universitária de formação permanente e em contexto de profissionais de Educação Infantil. A pesquisa se constitui enquanto estudo de caso, pois o projeto é uma situação particular, exclusiva e contextualizada.

Foram sujeitos da pesquisa todas as 16 (dezesesseis) educadoras envolvidas no Projeto, durante o ano de 2015, sendo 13 professoras de Educação Infantil, 1 professora que atua como Educadora Física na Educação Infantil, 1 diretora e 1 merendeira. Utilizamos o grupo focal, considerando as possibilidades que essa técnica abre para a coleta das informações necessária à realização da pesquisa, principalmente pelo fato de que partimos do pressuposto de que as participantes do projeto compreendem um grupo social. Foram elaborados roteiros com temas para os grupos focais. A moderação do grupo focal foi realizada pela pesquisadora.

O espaço para a pesquisa de campo foi o Centro Municipal de Educação Infantil, onde o Projeto de Extensão era desenvolvido. Foram realizadas 6 (seis) sessões de grupo focal, divididas em 6 (seis) encontros.

Para o registro dos dados foi utilizada a gravação em vídeo com áudio e imagem, com transcrição posterior (Gibbs, 2009). As transcrições foram realizadas pela pesquisadora, sempre no mesmo dia e após as sessões de grupo focal.

A análise dos dados buscou olhar atentamente para as informações. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo. Bardin (2009) aponta que esta etapa requer a superação da leitura simples do real para uma leitura aprofundada e crítica. Considerando as questões éticas para o desenvolvimento da pesquisa, a mesma foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer n. 1.096.045. As participantes (professoras, merendeira e diretora) do projeto foram esclarecidas e consentiram em participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes utilizados para a pesquisa são fictícios e foram escolhidos pelas próprias participantes.

Resultados e discussões

A pesquisa revelou a importância de os processos formativos estarem vinculados à prática cotidiana dos profissionais da educação. Observa-se que quando levantado o tema sobre as contribuições do Projeto, os relatos das profissionais evidenciaram que as atividades são pautadas em suas práticas, assim, relacionam-se ao seu dia a dia, sendo possível, a partir disso, a identificação das práticas diárias com as atividades realizadas no Projeto.

Pesquisadora – No que o Projeto tem ajudado vocês?

O grupo permanece em silêncio.

Pesquisadora – O que tem contribuído na prática de vocês? Se tem contribuído...

Professora Bianca – Ah, eu acho que as palestras que nos tivemos, todas foram ótimas assim, todas estavam baseadas no nosso dia a dia mesmo, então acho que a gente... Em cada palestra que tinha, a gente se identificava. Nossa, o texto que a gente leu (Professora Bianca fala algo que não é possível ouvir), é muito importante para nós também, né? Então eu acho que todas as palestras tiveram... tiveram assim suas contribuições positivas dentro da nossa... a gente conseguiu se identificar dentro de todas elas, porque são assuntos que nós vivenciamos, então...

(Transcrição de Grupo Focal n. 3).

Em outra sessão de grupo focal, foi solicitado que as educadoras falassem sobre as aprendizagens e as contribuições do Projeto e o que transpôs da Extensão Universitária para a sua prática. A professora Sofia relatou que tudo que aprende no Projeto leva para a prática. Professora Sofia trouxe, como exemplo, uma das palestras, em que foi trabalhado o tema agressividade e apontou que esta palestra foi muito importante para sua atuação com as crianças.

Professora Sofia – Levar para a prática eu acho que tudo. Todas as oficinas, as palestras, as leituras, eu acho que não é a toa, tudo faz um sentido, E às vezes a gente não tem noção do que está escutando, mas na hora que acontece alguma coisa, a gente vai lembrar, olha, eu ouvi isso, eu ouvi aquilo. Por exemplo do dia... do último que teve, que foi sobre agressividade... eu me sinto muito mal com isso, assim... é, de me achar muito brava, tem coisas que eu acho que eu deveria ter mais calma, então tipo assim, eu não parei para pensar nisso ainda, porque eu estou no berçário. No berçário é mais tranquilo assim com isso. Mas o tempo todo eu fiquei pensando no momento da fala da professora, que tipo é, quando ela falou que é... a agressividade é uma... não é compulsão que ela falou... Professora Cilene – Que a criança está pedindo socorro? Professora Sofia abre seu caderno e começa a procurar a palavra que tinha esquecido. Professora Sofia – Impulso é a palavra! Ninguém nasce aprendendo a controlar aquilo e a criança não sabe controlar aquilo, então é meu papel tentar, eu que tenho que me acalmar para poder acalmar ela. Então acho que isso é uma coisa que... de tudo foi importante, mas essa palestra da agressividade para mim foi assim primordial, a principal assim para mim. (Transcrição de Grupo Focal n. 2).

As falas das participantes apontaram que aquilo que é abordado no Projeto está relacionado às suas práticas cotidianas. Estes conhecimentos têm relação direta com a atuação profissional, o que possibilita, conforme destacado anteriormente, rever, analisar e questionar as ações, refletindo sobre a prática, por meio da negação, afirmação e aquisição de conhecimentos.

Compreendemos que uma formação permanente e contextualizada, que esteja pautada na prática real dos educadores, possibilita aprendizagens efetivas e que têm desdobramentos práticos, auxiliando a solucionar problemas, uma vez que neste processo, as educadoras se identificaram com sua própria ação. Enfatizamos que isso ocorre, também, devido a forma como ocorreu a organização e desenvolvimento da Atividade de Extensão, uma vez que as atividades do Projeto eram elaboradas a partir das demandas levantadas pelas participantes. Essas atividades buscavam atender suas necessidades reais, propondo a situação como problema, diferentemente de modelos de formação que ocorrem de forma uniforme e padrão, pautando-se em uma visão dicotômica entre

teoria e prática, descontextualizada das práticas dos professores e que objetivam um treinamento, sem propor uma reflexão mais crítica sobre a atuação profissional (Imbernón, 2009, Gatti & Barreto, 2009, Candau & Lelis, 1991, Freire, 1987).

Kishimoto (2005, p. 127) aponta que

A maioria das iniciativas de formação trabalha com a idéia de que é preciso (ou mesmo possível) jogar fora a experiência passada e começar tudo de novo. Como se nós, professores, pudéssemos ser colocados em ponto morto, alavancados, a cada vez que descobrisse um novo método, uma nova proposta ou uma nova teoria.

A autora destaca que a teoria está costurada aos conhecimentos vivenciais e aos saberes da prática. Pensando nessa relação entre conhecimento e experiências, saber e trabalho, Tardif (2008) pontua que o saber dos professores tem íntima relação com o trabalho na escola. Esses saberes são mobilizados de acordo com as necessidades cotidianas da atuação profissional, assim, “o saber está a serviço do trabalho” (Tardif, 2008, p. 17).

É fundamental que a formação permanente de professores tenha íntima relação com o trabalho, com as práticas reais dos educadores. Freire (1998) elucida a importância da relação entre a experiência existencial (contexto concreto) e as práticas formativas (contexto teórico), apontando que a formação permanente deve incidir nas situações problemáticas. O referido autor destaca que é necessário um compromisso com a realidade, pois os seres humanos estão “mergulhados” em sua realidade, percebem-na e tomam consciência a partir de um olhar mais crítico (Freire, 1987).

Bodnar (2011) destaca que pesquisas e produções acadêmicas indicam que é necessário construir propostas de formação de professores que possibilitem a problematização das práticas, buscando transformá-las e/ ou potencializá-las. Corroborando com a autora, Gatti & Barreto (2009) evidenciam que a formação continuada de professores está passando por um movimento de reconceitualização, buscando reconhecer os saberes dos professores, para quem a partir das experiências reais trabalhar novos conceitos e opções.

Destacamos que, falar sobre práticas reais requer que as vozes dos profissionais, protagonistas da ação, sejam escutadas e que atuem de forma efetiva em seu processo formativo, sendo centro das intenções nos projetos de formação. Requer ainda papel ativo no planejamento, desenvolvimento, avaliação e reformulação (Imbernón, 2009, Gatti & Barreto, 2009).

O Projeto de Extensão investigado, conforme revelaram as falas das participantes e defendem autores como Imbernón (2009), Gatti & Barreto (2009), Marcelo García (1999), possibilitou

momentos de reflexão sobre a prática e uma formação centrada no fortalecimento do grupo, permitindo maior aderência à realidade do professor, conhecimento e reconhecimento de seu repertório de práticas, possibilitando legitimar, ressignificar e superar saberes. Isso ocorreu, conforme apontam as educadoras participantes da pesquisa, pelo fato de as atividades estarem baseadas em suas práticas cotidianas, são temáticas que elas vivenciam, permitindo a identificação e propondo “sua situação como incidência de seu ato cognoscente, através do qual será possível a superação da percepção mágica ou ingênua que dela tenham” (Freire, 1987, p. 42).

Considerações Finais

Compreendemos que a partir de uma formação permanente e em contexto, as educadoras vivenciaram momentos de aprendizagem que se relacionam com a prática diária desenvolvida com as crianças pequenas. A extensão universitária revelou-se enquanto modelo de formação centrada na escola e na prática real das educadoras de creches e pré-escolas. Logo, tem relação direta com a atuação profissional, de modo que permite a identificação entre ação e formação.

A pesquisa revela a necessidade de repensar a formação de professores pautando-se na formação colaborativa e que considere as práticas reais e contextos de trabalho, por meio da relação entre teoria e prática, uma vez que a pesquisa evidenciou que esses elementos são essenciais para uma formação significativa e de qualidade, possibilitando incidência sobre a ação.

Referências

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70.
- Bodnar, R. T. M. (2011). *Relação Teoria-Prática na Formação em Serviço de Profissionais da Educação Infantil: Ressignificando a Prática Pedagógica*. In: Rocha, E. A. C., Kramer, S. (Orgs.). *Educação Infantil: Enfoques em Diálogo*, Campinas, SP: Papirus. pp. 34-50.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. (1994). *Notas de campo*. Coleção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora.
- Candau, V. M., & Lelis, I. (1991). A. *A relação teoria-prática na formação do educador*. In: CANDAU, V. M. (org.). *Rumo a uma nova didática*. 4. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, pp. 49-63.
- Freire, P. (1998). *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar*. São Paulo, Olho d'Água.
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Gatti, B. A., & Barreto, E. S. S. (2009). *Professores do Brasil: impasses e desafios*. Brasília: UNESCO.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Imbernón, F. (2009). *Formação Permanente do Professorado: novas tendências*. Trad. Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo: Cortez.
- Kishimoto, T. M. (2005). Encontros e desencontros na formação dos profissionais de educação infantil. In: Machado, M. L. de A. (Org.). *Encontros e desencontros em educação infantil*. 2. ed. São Paulo: Cortez, pp. 107-115.
- Kramer, S. (2005). Formação de profissionais da educação infantil: questões e tensões. In: Machado, M. L. de A. (Org.). *Encontros e desencontros em educação infantil*. 2. ed. São Paulo: Cortez, pp. 117-132.
- Libâneo, J. C., & Pimenta, S. G. (2002). Formação dos profissionais de educação: visão crítica e perspectivas de mudanças. In: Pimenta, S. G. (Org.). *Pedagogia e Pedagogos: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Cortez, pp. 11-55.
- Marcelo-García, C. (1999). *Formação de Professores: para uma mudança educativa*. Portugal: Porto Editora.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1996). O buraco negro entre o conhecimento científico e o mundo real: um objeto essencial de pesquisa. In: Reali, A. M. de M. R., Mizukami, M. G. N. (Orgs.). *Formação de Professores: tendências atuais*. São Carlos: EDUFSCar, pp.107-114.
- Nóvoa, A. (1997). Formação de professores e profissão docente. In: Nóvoa, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. 3. ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, pp. 15-33.
- Pimenta, S. G. (1997). *Formação de professores: saberes da docência e identidade do professor*. Nuances, volume III.
- Tardif, M. (2008). *Saberes docentes e formação profissional*. 9. ed. Petrópolis: Vozes.
- Veiga, I. P. A. (2009). *A aventura de formar professor*. Campinas, SP: Papirus.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Bookman.

Criatividade e Educação Artística no Jardim de Infância

Susana Jorge-Ferreira

Unidades de Educação da Câmara Municipal de Lisboa, Universidade de Évora e CICS.Nova – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade de Évora

Resumo

A criatividade assume um papel preponderante na vida de todos, e esta mais não é do que uma forma linguística de ver e interpretar o mundo à nossa volta. A criatividade está sempre envolta numa expressão que deixa o criador em estado de fluxo emocional.

Nesta comunicação abordar-se-á a prática pedagógica diária desenvolvida no atelier de artes Susana Jorge-Ferreira, no qual se desenvolvem atividades de expressão com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, onde 3 percursos visuais distintos têm em vista o desenvolvimento da criatividade e o entrosamento com o mundo das artes. Nos 3 percursos visuais deste atelier, aposta-se na experiência estética livre, deixando que a criança conduza as sessões e escolha tudo de acordo com o que lhe é exposto, servindo a educadora artística apenas de mediadora das aprendizagens. Se nos 3 anos experimentam materiais que à priori lhes pareceriam improváveis como fonte de pinturas, chamando-se este percurso Pintar e Rabiscar, nos 4 anos contactam com pinturas e construções a partir de elementos da natureza, intitulado-se este percurso como Natur Art (baseado no movimento Land Art). Por último, nas sessões do Vamos ao Museu, que se dirige aos grupos dos 5 anos (finalistas), faz-se a abordagem de inúmeras obras de arte, sua consequente leitura visual e “desconstrução”. Ao longo destes percursos visuais as crianças aprendem conteúdos que lhes permitem adquirir alguma fluidez oral quando confrontados com algumas questões estéticas. Para além disso, todos os percursos têm como foco fazer a criança pensar e pesquisar até encontrar uma solução criativa para as questões apresentadas pelo mediador.

Palavras-chave: Percursos Visuais; Criatividade; Educação Artística.

Introdução

A educação é a base da sociedade porque é através dela que o individuo atua no meio onde está inserido. Este direito está consagrado na Declaração dos Direitos da Criança (1959), onde está referido que a todos será dada “uma educação capaz de promover a sua cultura geral e capacitá-la a,

em condições de iguais oportunidades, desenvolver as suas aptidões, sua capacidade de emitir juízo e seu senso de responsabilidade moral e social, e a tornar-se um membro útil na sociedade” (1959, princípio 7).

A educação formal, típica das escolas que existiam até aos anos 50 do séc. XX, onde o débito de novas informações imperava, permitia apenas que as crianças resolvessem determinadas situações com as «ferramentas» que já conheciam (Morais & Azevedo, 2008).

É importante que consigamos entender que a educação não se analisa numa só palavra, que esta é muito mais extensível que um mero conceito. Falar de educação social, política, religiosa ou moral, ou ainda de educação estética, por exemplo, não significa que estejamos a falar de algo igual mas também não significa que estes conceitos sejam indissociáveis. A educação é um todo e pode ser analisada a partir de objetivos diferentes, que em maior ou menor grau estão muitas vezes ligadas entre si. Já Platão dizia que a educação nunca pode ser deixada ao acaso, pois só desta forma “é possível uma felicidade pública que faça do governo certo uma verdadeira realidade e não um mero sonho” (Terrén, 1999, p.10).

Ao preparar a minha intervenção, e sabendo de antemão que esta recairia sobre a educação estética, artística e a criatividade das crianças, e embora esta tivesse sido baseada na minha prática profissional, não consegui não pensar em Bordieu (1992) que, efetivamente, aponta algumas críticas existentes no ato criador da literatura e, sendo esta encarada como arte no seu estudo *Les règles de l'art*.

Entre algumas das críticas que faz ao longo do documento, há uma que me intriga bastante: o porquê do discurso sobre expressões, arte e a criação em geral, enquanto forma de estar e sentir a vida, ter ainda tantas questões por desvendar. Isto acontece porque existe ainda um grau de complexidade muito grande dentro do próprio campo artístico, onde confluem diversas áreas de estudos e onde todos podem ter uma abordagem com um maior ou menor grau de envolvimento para com o mundo das artes. De facto, não será de espantar se amanhã um qualquer historiador, comentador político ou sociólogo fizer a sua abordagem com recurso a algo que nos parecia intransponível há uns anos: as artes. Por isso mesmo, e embora não se possa dissociar nunca a educação estética e artística deste todo a que se chama somente Educação, a verdade é que a maioria dos profissionais relega tal área a especialistas de educação artística e a espaços onde os alunos se possam transformar em artistas. Vejamos que este gritante erro continua a ser perpetuado em muitos dos espaços pré-escolares do nosso país, quando na verdade todos os docentes desta valência têm e devem querer fazer uma abordagem expressiva que aprenderam na sua formação

inicial. A verdade é que todo o curriculum escolar deveria permitir intencionalmente atividades que promovessem o exercício criativo (Craft, 1998; Park, Lee, Oliver&Cramond, 2006), sem que este tenha de ser promovido, intencionalmente, por artistas. Pretende-se também ao longo deste artigo desmistificar o quanto a criatividade é importante na vida de todos nós, ainda que a sua complexidade e não existência de consensualidade face à sua definição nos garanta que estamos longe de compreender o seu real significado. Sabemos no entanto que a criatividade possui inúmeros referenciais teóricos, alguns dos quais se tentará esclarecer de seguida, que não só tentam explicar a sua origem, como tentam, também, orientar a forma como se consegue proceder quanto à sua manutenção e funcionamento (Jesus et al., 2011).

Desenvolvimento social e humano na educação

Quando pensamos no conceito desenvolvimento, sabemos que este pode ser analisado à luz de diferentes esferas, dando estas diferentes conotações a um palavra que por si só já revela ser polissémica por natureza. Segundo Rossetti-

Ferreira (2008), o conceito de desenvolvimento está intrinsecamente relacionado com a multiplicidade de indivíduos que interagem num mesmo contexto. De acordo com Sharpley & Telfer (2002) o próprio conceito de desenvolvimento é complexo e possui inúmeras dimensões onde cabem as dimensões básicas de qualquer sociedade: saúde, educação, habitação, política e sua liberdade de expressão, entre outras. Já Papalia e Feldman (2013) dão especial destaque ao facto do desenvolvimento humano estudar as alterações e as características inalteráveis nos diferentes indivíduos, constituindo esta análise, por si só, um estudo científico sobre estas questões. Segundo estes autores há ainda uma outra divisão dentro do próprio conceito de desenvolvimento, alegando os cientistas que este pode incidir em três domínios do próprio ser humano: físico, cognitivo e psicossocial. Assim, Papalia e Feldman (2013, p.37) referem que o

“crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde fazem parte do **desenvolvimento físico**. Aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade compõem o **desenvolvimento cognitivo**. Emoções, personalidade e relações sociais são aspectos do **desenvolvimento psicossocial**”.

De forma mais alargada podemos dizer que quer o desenvolvimento humano, quer o desenvolvimento social, se situam ambos no mundo da educação, assim como podemos e devemos situar a educação dentro destes dois conceitos. Esta reciprocidade e entrosamento torna estes três

polos mais polissémicos mas também mais ricos. De facto, quer a educação, quer o desenvolvimento humano e social dos indivíduos dentro de uma mesma sociedade, confere-lhes uma plasticidade que os torna capazes de enfrentar os desafios pelos quais vão passando. Por outro lado, o desenvolvimento segundo o prisma social, que está dependente das relações sociais que estabelecemos a partir do momento em que nascemos, e a humanidade retirada deste, faz com que o indivíduo fique em maior ou menor grau preparado para receber as diferentes dimensões que existem de educação. Claro está que a família, como agente primário de socialização, assume aqui um papel preponderante, assim como a escola numa fase mais avançada.

A Educação Estética e Artística no Mundo da Educação

Toda a educação que se faça através do enorme mundo das artes, será certamente uma educação virada para as emoções e onde as aprendizagens se fazem através dos sentidos, valorizando o próprio facto da arte ser uma forma de linguagem onde os sentidos dão sentido ao próprio mundo. Se voltarmos a pensar em Platão (2001), veremos que já ele na sua República fala na importância do homem aprender a olhar na posição certa, e é nesse ponto de vista, também segundo este teórico, que a educação se torna incontornável na vida de todos nós. A educação é a maneira mais simples de educar esse olhar, de fazer acontecer algo que nos torne mais abertos a novos saberes. Sabe-se hoje que esse aprender a olhar se torna mais fácil através da estética, encontrando-se esta em maior grau nas abordagens que se fazem em contextos de arte. Isto significa que a arte é o grande pilar da educação estética e, por conseguinte, da educação feita através de todos os nossos sentidos. Podemos acrescentar que a própria etimologia da palavra estética provém do francês *esthétique*, que por sua vez já derivava do grego *aisthêtiké*, e que em ambas as suas definições já significava na sua origem, compreensão pelos sentidos (Machado, 1987).

É importante ter em conta que desde cedo a criança desenha e os pais consideram, muitas vezes, estes primeiros rabiscos como algo de cariz descontrolado e não encontram qualquer relação destes com o desenho nem com o desenvolvimento dos seus filhos. De facto, as garatujas (que em cima se chamou de rabiscos) mais não são do que a iniciação à aprendizagem da escrita, onde a criança não só se manifesta como aprende a pegar no lápis e a controlar cada vez mais o espaço onde as faz. A garatuja é a primeira fase da expressão plástica gráfica da criança, e ao invés de ser valorizada, é muitíssimas vezes ridicularizada ou desvalorizada. É com o desenho que a criança organiza e concretiza muitas vezes o seu pensamento, servindo este muitas vezes como canal de absorção das suas frustrações e tristezas.

Criatividade, Arte e Educação: Ligação inequívoca

Os seres humanos quando nascem possuem, por si só, a capacidade de formular ligações que resultem em ideias inovadoras, ou seja, esta capacidade é algo inato e que quando trabalhado se consegue promover ao longo da vida (Torre, 2005).

Quando se pensa na mente humana e na forma como o pensamento se processa, tem que se ter em conta que a mente utiliza dois tipos de pensamento: o convergente e o divergente. Se em palavras breves se quiser definir pensamento convergente, pode-se dizer que este é o que está diretamente relacionado com o nosso intelecto, com a nossa aprendizagem mais escolarizada que advém de situações mais concretas e reais, e cujas respostas são sempre encaradas como válidas, ainda que estejam certas ou erradas. Por outro lado, o pensamento divergente é aquele que permite gerar soluções inovadoras para determinadas situações, dando uma nova roupagem a conceitos que aglomeradas geram a resposta a algo que nos inquietava (Gonçalves, 1991). No pensamento divergente não existe certo ou errado, nada é concreto e a relatividade assume um papel preponderante neste nível. Isto acontece porque pode haver uma infinidade de soluções pra uma mesma situação, e neste pensamento, o divergente, não há formulas matemáticas que apenas se resumam a uma resposta.

Claro está que a criatividade se enquadra por completo no pensamento divergente, e a multiplicidade de soluções encontradas para determinada situação ou problema, será tanto maior quanto maior for o nosso pensamento divergente.

A Criatividade é certamente um dos conceitos mais polissémicos que existe, não sendo a sua definição consensual entre os mais variados autores que se debruçaram sobre ela. A definição mais consensual, ainda que existam muitas outras, aponta a criatividade como sendo a capacidade de realizar uma produção que seja nova e adaptada ao contexto na qual se manifesta (Amabile, 1996; Barron, 1988; Lubart, 2007; Ochse, 1990, entre outros). Segundo Vygotsky (2001, p.11), “os processos criativos já são percebidos com todo o seu vigor desde a mais tenra infância”, e por isso acreditar que a criatividade é algo que só existe após muito trabalho e numa fase mais avançada da vida, não só é um erro como pode diminuir as hipóteses de se fazerem atividades que a despoletem e/ou a tornem mais presente no dia a dia das crianças. Podemos ainda afirmar que a estimulação do pensamento criativo dos mais novos veio encorajar as crianças a tentarem descobrir e solucionar resoluções de problemas que muitas vezes se resolvem de forma criativa (Cropley, 1997). Podemos

por exemplo referir que alguns pais não consentem que os seus filhos deem uma nova utilidade a um determinado objeto que não foi criado para determinado efeito. Achrom que os seus filhos o estão a utilizar de forma indevida e jamais lhes ocorre que isso possa ser fruto da sua criatividade e possa estar a contribuir, não só para o seu desenvolvimento, como também para a sua própria auto estima, pois o facto de serem capazes de lhes dar uma nova utilidade, fá-los sentir que são especiais. Este género de acontecimentos estão diretamente relacionados com a palavra criatividade que, infelizmente, ainda é vista por muitos como atos de rebeldia. Cabe às escolas, nas suas diferentes etapas escolares, o papel de desmistificar estas crenças que estão obsoletas e ultrapassadas, ainda que à priori determinada atividade das crianças lhes pareçam desajustadas.

Para Guilford (1968), a criatividade resume-se à habilidade de produzir algo divergente, e no início dos anos 60, criou dimensões sob as quais a criatividade se geraria. Mais tarde, o educador Paul Torrance (1966), tentou construir testes de avaliação da criatividade verbal e figurativa, através dos quais nós poderíamos ser avaliados enquanto seres muito criativos ou não. Inicialmente, este autor, seguiu as mesmas 4 dimensões que Guilford já havia falado anteriormente: originalidade, flexibilidade, fluência e elaboração. Porém, após a concepção de alguns testes, Torrance considerou que estas 4 dimensões reduzem as «respostas dadas» ao pensamento divergente de cada indivíduo (visão de Guilford), não avaliando todos os aspectos que inicialmente havia planeado. Após se ter debruçado sobre novas formas de avaliar a criatividade, concluiu que a mesma teria de ser avaliada sobre o indicador emocional e cognitivo, para que de uma forma mais holística se compreendesse a manifestação criativa (Torrance, 1966; Torrance, 1996). Aqui fica claro que a criatividade para além de se enquadrar no pensamento divergente, não se resume apenas a este. Outros fatores são necessários para a sua promoção e manutenção.

Ainda assim, embora haja vários autores a debruçarem-se sobre o tema da criatividade, a sua definição não é consensual, direta e clara sobre este termo.

A palavra criatividade é, provavelmente, um dos termos mais delicados de definir dentro do mundo da educação, sendo “extremamente difícil chegar a uma definição aceitável deste termo” (Barrett, 1982, p. 84). Quando promovemos e incentivamos a concepção de «trabalhos» de expressão, por exemplo, estamos a acreditar que “Promover a livre expressão artística equivale, portanto, proporcionar à criança uma infância livre e feliz” (Lowenfeld, 1977, p. 39), e que esta liberdade dada à criança no ato da sua expressão, de alguma forma lhe dará ferramentas criativas. Não interessa os resultados obtidos através dessa expressão no momento em que a criança cria arte, o que de facto é determinante é a “experiência subjacente” (Lowenfeld, 1977, p. 39) a esse mesmo

trabalho expressivo. A «riqueza» dessa experiência será tanto maior quanto maior for a liberdade colocada nessa criação. Isto significa que quanto maior for a autonomia da criança face à sua criação artística, maior e mais profundo será o resultado obtido pela realização da mesma. Para Csikszentmihaly, a criatividade é quase sempre acompanhada por uma “experiência de fluxo”, ficando o autor dessa mesma experiência completamente absorvido por ela (Csikszentmihaly, 2002). Contudo, não podemos referir-nos a criatividade como se esta seja sinónimo de arte, nem tão pouco podemos reduzi-la somente a contextos onde as atividades se resumam a trabalhos artísticos. Criatividade e arte andam então de «mãos dadas», sem nunca poderem ser completamente separadas, mas a criatividade é mais globalizante e mais difícil de conceptualizar do que o termo arte.

No meio de tantas (in)definições e de tantas (in)certezas sobre a multiplicidade de aspetos ligados ao conceito de criatividade, há ideias que vão sendo comuns aos mais variados estudiosos desta temática. David Best (1996), por exemplo, reforça mais uma vez a ideia que associa a criatividade a um resultado direto, dizendo que para haver um ato criativo “temos que nos concentrar no produto, isto é no que permanece na superfície” (p.131). No entanto, sempre que se fala em criatividade tem de se ter em conta o processo pelo qual se tem que passar – processo de criação. Ana Bela Mendes refere que a criatividade enquanto potencial que cada ser humano tem, em maior ou menor grau de amplitude, está intrinsecamente relacionado com o próprio processo de criação, ou seja, com o que cada um de nós produz. (Frois & Andrade (org), 2004). Isto significa que o indivíduo que de alguma forma consiga a combinação de ideias que até essa data nunca tinham sido “misturadas”, e da qual surja um novo produto ou conhecimento, está a criar, ou seja, realizou algo de novo, e isto faz com que este produto seja considerado como criativo. Winnicott (1975) diz ainda que a percepção criativa é o que conduz o indivíduo a sentir que a vida vale a pena, pois sem esta percepção nada faria sentido.

No entanto, sabemos que estamos perante um conceito muito complexo e definido de forma díspar por esferas distintas, embora se saiba que o produto criativo não possa estar desfasado da situação para o qual foi criado, ou seja, tem de estar apropriado à situação que conduziu à sua criação.

Landazabal (1995) sugere algumas linhas orientadoras para promover o pensamento criativo em contextos educativos, de forma a que se continue com algumas atitudes que estimulem a ativação dos diferentes processos intrinsecamente relacionados com o desenvolvimento da criatividade. Este autor considera primordial o facto de os educadores conseguirem transmitir determinadas atitudes, comportamentos e valores, ao longo da prática pedagógica diária da educação pré-escolar. Este

autor fala então do autoconhecimento e autoconsciência como sendo factores determinantes para a criatividade, e estes podem ser promovidos pelo educador de infância. Landazabal (1995) diz ainda que o educador deve inculcar e promover a análise e entendimento das problemáticas humanas, deve educar para se ser tolerante a situações de conflitos, para a independência e também para a estimulação da curiosidade intelectual que leva a criança a querer saber mais.

Na realidade a criatividade não pode ser ensinada, mas pode e deve ser estimulada, e é responsabilidade dos profissionais de educação esta estimulação e promoção do potencial criativo da criança, quer seja através das várias expressões, quer seja nas mais variadas situações diárias pelas quais as crianças passem. O potencial criativo que cada um de nós possui à nascença, mais não é do que uma intuição criativa, que ao ser estimulada pode ser utilizada na vida quotidiana. No entanto, uma percentagem bastante significativa de profissionais de educação, vêm-se envoltos em estigmas e preconceitos sociais, não conseguindo efetivar uma educação pré-escolar como desejariam. Mas, se uns tentam quebrar barreiras para o fazer, outros há que não reconhecem na maioria das vezes o potencial criativo que cada criança possui.

Cada vez mais se concorda que se deve dar à criança liberdade de pensamento e de atuação, sem que isto signifique qualquer tipo de falta de educação. Csikszentmihalyi, psicólogo norte-americano, elaborou o conceito de personalidade ou experiência autotélica. Para este autor, as famílias das nossas crianças podem criar um “contexto familiar autotélico” (2002), pois desta forma as crianças terão uma maior capacidade de transformar potenciais problemas em desafios, em metas que terão que alcançar. Ser-se autotélico é ter-se uma motivação intrínseca para se atingir determinado objectivo, sem que seja necessário recorrer a qualquer recompensa externa. É então um fim ao qual o próprio indivíduo se impõe a alcançar. Muitas são as crianças

“que sabem o que podem ou não fazer, que não têm de discutir constantemente regras e disciplina, que não estão preocupadas com as expectativas obsessivas dos pais (...), libertam-se de muitas das exigências de atenção geradas por lares mais caóticos. Estão livres para desenvolver interesses em actividades que farão o seu eu expandir-se.” (Csikszentmihalyi, 2002, p. 129).

A personalidade autotélica fará com que as crianças possuam objetivos autónomos e se sintam capazes de atingir as tarefas a que se propõem. E estas características internas farão com que as crianças se sintam potencialmente com uma maior vontade de aprender, com um maior envolvimento em tudo o que fazem. Uma atividade criativa, como a música ou a dança, pode ser vista como uma experiência autotélica, pois os benefícios e as «doses» de prazer que se retira destas

atividades, incidem apenas sobre quem as pratica, sem que tenham qualquer efeito externo. Ou seja, uma criança que esteja envolvida numa atividade criativa está completamente absorvida pelo que está a fazer, retirando da mesma um prazer inigualável sem que este se traduza em qualquer resultado externo. O mesmo acontece com todos os que possuem uma personalidade autotélica.

Assim, a arte enquanto forma de comunicação deve ser promovida desde cedo, como já anteriormente se referiu, e esta pode apenas estar presente nas mais variadas formas de expressão, pois esta “tem um carácter assumidamente importante, seja ela plástica, musical, pessoal, ou outra, interessa ter em conta que a expressão é utilizada pela criança como forma de linguagem e comunicação” (Jorge-Ferreira, 2009, p.62). Esta comunicação será tanto mais verdadeira e profunda quanto maior for a liberdade de expressão dada à própria criança. A expressão, como catártica que é, deve permitir a libertação das angústias da criança (Jorge-Ferreira, 2009). A expressão que se permite que a criança tenha nos mais variados contextos, assume por si só um papel preponderante na sua vida, e esta expressão é essencial na vida das crianças, tanto em atividades de arte, como na linguagem, quer no próprio processo criativo, pois é através dela que revela o que sente, pensa e age em conformidade com isto (Arquimedes Santos, 1989). A verdadeira expressão livre permite que a criança se sinta sem barreiras e, desta forma, a sua visão do mundo manifesta-se apenas pelo que sente e pensa, e não pelo que os outros esperam de si. Esta interiorização do que verdadeiramente se quer, conduz a criança ao processo criativo, sem ter limites das expectativas alheias e sem ter receio de errar (aos olhos da sociedade que a rodeia).

O educador de infância, deve então planificar atividades de expressão livre que permitam desenvolver a criatividade das crianças do seu grupo, tendo em atenção as características de cada uma delas, e de todas em geral. Todas as atividades pedagógicas devem estar o mais possível ao alcance dos pais (ao nível da informação), cabendo ao educador a tentativa constante de referenciar aos pais o quanto importante é para a vida do seu filho, o desenvolvimento da sua criatividade.

A melhor forma de se promover a criatividade em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de vida, é através de atividades relacionadas com o mundo das artes e através de jogos e situações de resolução de problemas, mas sempre com carácter lúdico, pois se assim não for, tudo o que se diga ou faça será contraproducente. Deve ser a escola, criança e família¹, todas em interligação e cooperação, a fomentarem novas experiências e novos desafios na vida dos mais novos, de forma a fomentar e despoletar a criatividade da criança, e sabendo de antemão que “a

¹ Trinómio muito importante no desenvolvimento das crianças

possibilidade de criatividade e expressão depende da existência e de uma compreensão segura das disciplinas apropriadas e práticas sociais” (Best, 1996, p.155).

De facto, durante a infância a criança deve ser sujeita a aprendizagens significativas e ricas em estímulos, que lhes permitam futuramente ter uma complexidade de pensamento que de outra forma lhes será mais complicado alcançar (Morin, 2001). Baseados nesta premissa, que as experiências que as crianças vivem vão inferir, futuramente, na sua capacidade de construir o seu mundo com uma maior plasticidade de pensamento, acredita-se que a função da educação pré-escolar é, também, a promoção de todos os elementos que contribuam para o desenvolvimento da criatividade, pois só assim se cresce a ter uma visão globalizante da própria vida e da vida das demais pessoas e nações. Para isto é necessário que haja uma aposta em atitudes criativas, não se relegando ainda assim, a importância extrema que o pensamento criativo tem para o desenvolvimento destas mesmas atitudes (Schank, 1988).

Capacidades Responsáveis pela Criatividade

Muitos são os autores, das mais variadas áreas de estudo, que se têm dedicado à criatividade, seus processos e a tudo o que esta engloba. Segundo Sternberg e Williams (2003), o Ser Humano possui 3 tipos de capacidade essenciais na promoção do pensamento. A Capacidade Sintética é aquela que na gíria é conhecida como sendo a verdadeira criatividade, visto designar a “*capacidade de gerar ideias novas e interessantes*”. (Sternberg & Williams, 2003, p.9). Outra das capacidades necessárias ao desenvolvimento da criatividade é a Capacidade Analítica, sendo que esta se refere à capacidade que o indivíduo tem de criticar as ideias que lhe surjam de forma a analisá-las o melhor possível, aplicando apenas aquelas cujas implicações sejam benéficas. Por último surge a Capacidade Prática, e esta está intrinsecamente relacionada com a transformação de uma mera ideia em algo prático, em algo factível. Para isso o indivíduo deve ser capaz de persuadir os que o rodeiam sobre o valor inequívoco do seu produto criativo, vendendo esta novidade a quem o rodeie.

Estas 3 capacidades têm de estar sempre aliadas, pois não adianta ter capacidade para criar algo novo (Capacidade Sintética), se depois não conseguirmos vender essa mesma criação (Capacidade Prática). Por outro lado, de que serve saber fazer críticas às obras criativas de outrem, se não se conseguir fazer a triagem entre o que é uma boa ou uma má ideia? (Capacidade Analítica). Até o mais criativo dos Homens tem boas e más criações; nem sempre criamos algo realmente criativo, e

só com a Capacidade Analítica saberemos fazer verdadeiramente esta análise de forma a prosseguirmos somente com as boas ideias.

Quando analisamos estas 3 categorias de capacidades criativas, percebemos o quanto elas fazem sentido. Cabe aos educadores de infância e a todas as famílias de origem, o fomentar destas mesmas capacidades, para que os meninos de hoje sejam verdadeiros criativos no futuro.

A. Castração/Obstáculo da Criatividade

Nos últimos anos, tem havido uma maior compreensão face a certas atitudes que as crianças tomam quando se deparam com determinadas situações. No entanto, existe ainda um certo preconceito face ao novo, em que este novo é muitas vezes encarado como um ato de loucura. Sempre que uma criança vê uma nova funcionalidade num objecto, como já referimos em cima, é castrada por o fazer, pois se o objecto não foi concebido para esse fim, porque motivo se deve começar a utilizá-lo como tal?

Embora se esteja numa era dita mais moderna, continua ainda assim a existir casos de castração muito graves, havendo mesmo punições para as crianças que são muito criativas. Para além disso, o próprio ambiente em que a criança está inserida nem sempre é o melhor, pois muitos são os Jardins-de-infância que continuam a realizar atividades monótonas, e esta característica é um factor bloqueador da criatividade.

A sociedade tem ainda hoje um papel muito importante na vida de todos nós, talvez por isso se queira que tudo esteja de acordo com as regras já instituídas. Por este motivo, e porque para a grande maioria das pessoas o comportamento deve estar adequado ao que é esperado pela sociedade, Winnicott (1975, p.95) diz que “existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo, em todos os seus pormenores é reconhecido como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação”. Isto deriva de uma expectativa que acaba por criar barreiras comportamentais, aquilo que cada um acredita ser mais ou menos correto e ser ou não expectável pela sociedade em que se está inserido. A criança sente, a partir de dada altura, medo de errar, medo de ser repreendida por aquilo que julga ser rebeldia. Estes receios começam a fazer parte do seu dia-a-dia, parte do seu sistema cognitivo.

Muitos são os autores que já se debruçaram sobre a temática da castração/promoção da criatividade, havendo diferentes opiniões acerca desta e diferentes categorizações. Se tivermos em conta a opinião de Landazabal (1995), vimos que este considera como factor castrador ao processo criativo

4 grandes bloqueios: cognitivos, afectivo-emocionais, sociais e físico-ambientais. Este autor refere que as crianças que estão sujeitas a bloqueios cognitivos estão limitadas na diversificação de respostas face a problemas que lhe são colocados. Isto acontece porque sempre que estas encontram a solução de determinado problema, aceitam-na como única hipótese, já não procurando outras soluções possíveis para essa mesma situação, ou seja, apenas conseguem solucionar um determinado problema da forma como aprenderam a fazê-lo, não conseguindo solucionar de outra maneira qualquer. Este autor refere ainda que os factores de bloqueamento afectivo-emocionais, provocam sentimentos de insegurança, medo de errar e preocupações que não favorecem a aprendizagem e desenvolvimento saudável da criança. Quando a criança está sujeita a bloqueios sociais, Landazabal (1995) diz que se pode estar perante um modelo educativo mais autoritário, em que a criança se sente mais constrangida e com menos coragem de afirmar a sua própria personalidade. Neste modelo podem ainda existir relações intergrupais marcadas pela constante competição. Este autor refere ainda que, provavelmente, o ambiente no qual a criança está inserida pode ser autoritário, prejudicial, com constante recusa a qualquer situação de novidade e até mais burocrático do que seria expectável. Landazabal, por último, refere também que existem bloqueios derivados de factores físico-ambientais. Para ele o ambiente em que se está inserido é um factor muito importante, em que “o ambiente físico monótono, estático, pobre de estímulos pode inibir a criatividade da mesma maneira que pode torná-lo um ambiente excessivamente instável, tempestuoso, acelerado e caótico” (Landazabal, 2005, p. 86). Isto significa que se o ambiente for exageradamente acelerado, também este irá interferir negativamente na criatividade, inibindo o seu surgimento. Isto significa que o meio é um factor determinante da criatividade e, por isso mesmo, se deve tentar equilibrar o mais possível o ambiente onde a criança está inserida, estimulando-a.

Toda e qualquer atividade criativa proposta à criança deve ter em conta a idade destas e o desenvolvimento que já possuem, de forma a orientá-la e encaminhá-la para atividades adequadas e avaliando a criança e a própria atividade numa fase posterior. As atividades criativas permitem estimular o autoconceito da criança e a sua autoestima, pois permite-lhes expor os seus sentimentos, desejos e pensamentos.

Torna-se imperativo não proibir ou induzir os mais novos a terem comportamentos dentro do que se considera normal, permitindo por sua vez que o novo se faça sentir na vida das crianças e desta forma deixá-las criar e crescer num mundo menos redutor e castrante. De acordo com Sternberg & Williams nós conseguimos testemunhar “a criatividade em crianças, mas é difícil encontrá-la nas

mais velhas e nos adultos, pois o potencial criativo destes últimos foi reprimido por uma sociedade que encoraja a conformidade intelectual”. (Stenberg & Williams, 2003, p.9).

O Atelier Susana Jorge-Ferreira

O atelier Susana Jorge-Ferreira foi inicialmente criado a partir de um convite que me foi endereçado. Até então eu era educadora de infância na unidade de educação onde trabalho. Este convite surgiu por ter o mestrado em Educação Artística e inúmeras formações dentro do mundo das artes visuais e das expressões e por saberem o quanto eu defendia as artes enquanto recurso pedagógico.

Quando se delineou o projeto referente a este espaço que se iria começar a explorar, pensou-se de imediato na criação de três percursos visuais, distintos mas ligados apenas por uma ponte: a arte. Todos os percursos criados se iniciam e findam na arte mas na sua plenitude têm distintas formas de abordagem e atuação. O essencial é ter-se em conta que as artes passaram a fazer diariamente parte da vida de todas as crianças do jardim de infância onde este atelier foi criado. Não as artes normais que qualquer educadora faz no seu espaço sala, mas aquelas que muitas vezes ficam relegadas e postas em segundo plano. No atelier não existe problemas de espaço e de tempo, não é preciso ter a sala limpa para depois deitar as crianças, dar-lhes almoço ou o que quer que seja. O atelier existe apenas para permitir um contato direto, prolongado e descontraído entre as crianças e as artes, ainda que estas envolvam tintas, pincéis, areias e, ainda que estas deixem o espaço impróprio num longo espaço de tempo. O importante é a criança sentir e degustar todas as atividades que lhe são propostas, sem pressas nem limites, sem terem medo de se sujar ou de sujar o chão, as mesas e as paredes. O atelier vive das artes e para as artes.

Criou-se então três percursos visuais para as diferentes faixas etárias do jardim de infância, até porque este não tem salas heterogéneas. Os diferentes grupos estão divididos pelo ano de nascimento, existindo no total duas salas de três anos, duas de quatro e duas de cinco.

No final de cada sessão faz-se o registo das mesmas para as diferentes crianças, a fim de se poder identificar possíveis dificuldades e delinear intervenções que ajudem a dissipá-las. Tenta-se sempre verificar, também, o quanto a criança estava ou não envolvida na atividade proposta, pois só desta forma se conseguirá que a própria criança esteja no centro do seu próprio processo criativo.

Três Percursos Visuais

Conforme já foi mencionado em cima, o atelier no qual se desenvolve a minha atividade profissional diária possui três percursos visuais destinados à valência de jardim de infância. Fez-se primeiramente um reconhecimento de todas as crianças que compõem o jardim de infância onde está integrado o atelier, a fim de se identificar eventuais atrasos de desenvolvimento em alguma criança e para que pudéssemos planificar estratégias alternativas de atuação. É de salientar que no total existem 72 crianças neste jardim de infância, sendo que os grupos de 3 anos têm 28 alunos no total, 22 compõem os grupos dos 4 anos e nos dois grupos dos 5 anos tem-se igualmente 22 alunos.

As sessões têm uma duração variável e depende da adesão do grupo à atividade proposta. No entanto, são delineadas para durar entre uma hora a uma hora e meia. Em todas as sessões tem-se sempre em conta as capacidades responsáveis pela criatividade, pois estas são essenciais no processo criativo. Por outro lado em todas as sessões tentamos trabalhar a personalidade autotélica da criança através da aposta que se faz no processo criativo e não no produto final de cada uma das sessões propostas no atelier Susana Jorge-Ferreira.

Pintar e Rabiscar: Vamos Experimentar

O percurso visual Pintar e Rabiscar foi criado para a faixa etária dos 3 anos, ou seja, aquelas crianças que acabaram de sair da creche e foram integradas nesse ano letivo no jardim de infância. Percebeu-se logo de início, aquando das visitas pelas salas, que alguns destes meninos faziam os três anos no fim desse ano civil. Os grupos tinham várias crianças do fim do ano (as tais crianças que futuramente serão condicionais no acesso ao primeiro ciclo) mas, ainda assim, todos revelavam uma curiosidade enorme pelo novo atelier que os pais e educadoras lhes tinham falado. Muitas foram as perguntas que me dirigiram e, por vontade delas, o atelier tinha começado logo no início do ano letivo.

Neste percurso visual as crianças experimentam formas de pintar que não são tão comuns, que os deixará certamente espantados e, por esse motivo, é expectável que adiram de imediato ao que lhes é proposto. Há uma descoberta em cada sessão, e será também dada a liberdade que em cima se referiu ser essencial na promoção da criatividade.

Natur Art: A Natureza e a Arte de Mãos Dadas

Este percurso visual foi delineado a pensar nos grupos compostos pelas crianças de 4 anos, e o grande mote para toda a educação pela arte é a própria natureza. Parte-se sempre de elementos da terra para a construção das próprias sessões. Assim, os recursos materiais vêm do exterior do atelier, como areia, paus, pedras e outros elementos, e com eles faz-se verdadeiras obras de arte. Por vezes faz-se construções com estes elementos e sem se ter qualquer desenho base por baixo. Este atelier é exigente e as crianças que o frequentam veem o seu grau de abstração bastante aumentado. Eles criam a partir do nada e muitas vezes no próprio chão do jardim. Há uma completa fusão entre a arte e o planeta no qual vivemos e os diálogos que se geram em cada sessão enriquecem muito o conhecimento que eles já têm do mundo e a forma criativa como o conseguem imaginar.

Vamos ao Museu? A abordagem da obra de Arte num Atelier de Educação Artística

O “Vamos ao Museu” foi delineado a pensar nos finalistas do jardim de infância, pois estas crianças pela idade cronológica estarão certamente mais aptas a fazerem este percurso visual que já exige um maior poder de concentração e de leitura visual. No Vamos ao Museu, a cada semana um dado grupo de crianças contacta com uma obra de arte (fotocópias grandes e devidamente plastificadas) e fazem a sua “desconstrução” através de uma leitura livre da mesma e posterior atividade plástica relacionada com o que lhes foi apresentado. De acordo com o nosso DEB (2001, p.162), o “diálogo com a obra de arte constitui um meio privilegiado para abordar com os alunos os diferentes modos de expressão, situando-os num universo alargado, que permite interrelacionar as referências visuais e técnicas com o contexto social, cultural e histórico, incidindo nas formas da arte contemporânea”.

Tem-se obtido resultados notórios das diferentes visões das crianças sobre as diferentes obras e tem-se conseguido aplicações práticas que em muito enriquecem o conhecimento das crianças e a própria criatividade e sentido crítico. Ao longo deste percurso visual as crianças contactam com alguns conteúdos que lhes permite adquirir alguma fluidez oral quando confrontados com uma qualquer obra de arte: linha, sombra, pintura, gravura, desenho, escultura, pontilhismo, abstração, surrealismo, entre outros.

Conclusão

É urgente educar e sensibilizar toda a população, em especial as camadas mais jovens, para a lacuna que ainda existe ao nível criativo na nossa sociedade. Como Educadora e cidadã que sou, tentei

neste atelier, e em específico nesta comunicação, focar a importância crescente da liberdade criativa como conteúdo essencial na educação pré-escolar.

Esta comunicação teve apenas em conta a idade pré escolar, visto o atelier se encontrar integrado num jardim de infância.

Com os três percursos visuais pretende-se desenvolver a livre expressão, que de forma indubitável gerará por si só o aumento da criatividade, a capacidade de acreditar em si e confiar nos pares, o que conduzirá a um aumento da auto estima e promoverá a boa relação grupal e a aquisição de competências que surgem mascaradas por interações, brincadeiras e propostas de atividades que contribuem para o bem estar das crianças. A intenção é que cada criança apenas participe se quiser, quando quiser e durante o tempo que quiser. Esta liberdade permite-lhes serem os “donos” das suas manhãs no atelier e das suas experiências estéticas, servindo a educadora artística, apenas de mediadora.

As aproximações da criança a contextos de arte permitir-lhe-á não só adquirir a liberdade da fruição estética e artística, contribuindo esta para o aumento da criatividade, como também aumentar os seus níveis de literacia visual e, por consequência, as suas competências matemáticas, de expressão oral e escrita, a compreensão de si própria, do outro e do mundo que a rodeia.

A arte não deve ser entendida como algo acessório, como algo extra à educação formal, mas sim como conteúdo essencial na educação de todas as crianças.

Referências

- Adorno, T. W. (2003). *Experiência e criação artística*. Lisboa: Edições 70 (Arte & Comunicação).
- Alava, M. J., & Palácios, P. (1993). *Será feliz uma criança no infantário?*. Porto: Porto Editora.
- Amabile, T. A. (1996). *Creativity in context*. Boulder, CO: West-view Press.
- Barrett, M. (1982). *Educação em arte*. Lisboa: Editorial Presença.
- Barron, F. (1988). Putting creativity to work. In R. Sternberg, *The nature of creativity* (pp.76-98). Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Best, D. (1996). *A racionalidade do sentimento. O papel das artes na educação*. Lisboa: Edições Asa.
- Bosch, E. (1998). *El placer de mirar. El museo del visitante*. Barcelona: Actar.
- Bourdieu, P. (1992). *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1994). *O poder simbólico*. Lisboa: Editora Difel.
- Conselho Nacional de Educação (1999). Parecer n.º 2/ 99, Educação estética, ensino artístico e sua relevância na educação e na interiorização dos saberes. Diário da República – II Série, de 3 de Fevereiro de 1999.

- Cropley, A.J. (1997). *More ways than one: Fostering creativity in the classroom*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Departamento de Educação Básica. (2001). *Reorganização curricular do ensino básico. Princípios, medidas e implicações*. Lisboa: Departamento de educação Básica.
- Eco, U. (2006). *A definição da arte*. Lisboa: Edições 70.
- Fróis, J. P. Et al. (2000). *Educação estética e artística. Abordagens transdisciplinares*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fróis, J. P., Andrade, P., & Marques, J. F. (Eds) (2004). *Art and science. Proceedings of the XVIII congress of the International Association of Empirical Aesthetics*. Lisboa: IAEA.
- Gardner, H. (1993). *Arte, mente e cérebro. Una aproximación cognitiva a la creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Gardner, H. (1997). *As artes e o desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, E. (1991). *A arte descobre a criança*. Amadora: Raiz Editora.
- Gonçalves, R. M., Fróis, J. P., & Marques, E. (2002). *Primeiro olhar. Programa integrado de artes visuais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guilford, J.P. (1968). *Intelligence. Creativity and their educational implications*. San Diego: Knapp.
- Hohman, M., & Weikart, D. P. (1997). *Educar a criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ibáñez, R. M. (1991). *La creatividad y educación*. Barcelona: CEAC.
- Jesus, S., Morais, M.F., Pocinho, M., Imaginário, S., Duarte, S., Duarte, S., Matos, F., Garcês, S. Gil, H., & Sousa, F. (2011). *Escala de personalidade criativa: Estudo preliminar para a construção*. In A.S. Ferreira, A. Verhaegh, S, D. R. Silva, L.S. Almeida, R. Lima & S. Fraga (Eds.), *Atas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica. Formas e contexto* (pp.1883-1891). Lisboa: Sociedade Portuguesa d Psicologia.
- Jorge-Ferreira, S. (2009). *A abordagem da obra de arte, em sala de aula, no jardim de infância, com crianças de 5/6 anos*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Landazabal, G.M. (1995). *Psicología para el desarrollo de la cooperación y de la creatividad. – 1ª Parte: la creatividad : definición, teorías, parámetros e intervención educativa*. Bibao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Lowenfeld, V., & Brittain, W.L. (1970) *Desenvolvimento da capacidade criadora*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Lowenfeld, V. (1977). *A criança e sua arte*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Lubart, T. (2007). *Psicologia da criatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Nostrand Reinhold.
- Machado, J.P. (1987). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mendes, A. B. (2004). *Creativity in free and project-based artistic production of children aged 10-12*. In J.P. Fróis, P. Andrade & J.F. Marques, *Art and science: Proceedings of the XVIII congress of the international association of empirical aesthetics* (381-400). Lisboa: IAEA.
- Morais, M. F., & Bahia, S. (2008). *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção*. Braga: Psiquilibrios Edições.

- Morais, M. F., & Azevedo, I. (2008). Criatividade em contexto escolar: representações de professores dos ensinos básico e secundário. In Maria de Fátima Moraes & Sara Bahia (coord.), *Criatividade. Conceito, necessidades e intervenção* (pp. 157-196). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Morin, E. (2001). *O desafio do século XXI. Religar os conhecimentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Oche, R. (1990). *Before the gates of excellence*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Papalia, D., Olds S., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Platão. (2001). *A república*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rosseti-Ferreira, M. C. (2004). Rede de significações. Alguns conceitos básicos. In: Rosseti-Ferreira, M. C. Et al. (Orgs.) *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano* (pp. 23-34). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, A. (1989). *Mediações artístico-pedagógicas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sternberg, R.J., & Williams, W. M. (2003). *Como desenvolver a criatividade do aluno*. Porto: Edições Asa.
- Terrén, E. (1999). *Educacion y modernidade. Entre la utopia y la burocracia*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Torrance, E.P. (1966). *Torrance tests of Creative thinking: norms technical manual (Research edition)*. Princeton: Personal Press.
- Torrance, E. P. (1996). *Cumulative bibliography on the Torrance Tests of Creative Thinking*. Athens: Georgia Studies of Creative Behavior.
- Torre, S. (2005). *Dialogando com a criatividade. Da identificação à criatividade paradoxal*. São Paulo: Madras.
- Vygotsky, L. (2011). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid: Ediciones Akal.
- Wechsler, S.M. (1998). Avaliação multidimensional da criatividade: uma realidade necessária. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 89-99.
- Winnicott, D.W. (1975). *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

RAP na Escola: uma experiência de pedagogia urbana

Caroline Soares Nogueira (1); Liza Maria Souza de Andrade Nogueira (1); Janáina Coelho (2)

1. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - Universidade de Brasília;

2. Secretaria de Educação do Distrito Federal

Resumo

O artigo abordará a utilização do estilo musical e o movimento cultural do RAP como instrumento de pedagogia urbana a partir do Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado. Este corresponde a uma experiência de pedagogia urbana no ambiente escolar através da construção e execução de um laboratório participativo com estudantes de 14 a 16 anos com dois ou mais anos de defasagem série/ ano de uma escola pública de Ensino Fundamental (Ensino Básico do 2º e 3º ciclo em Portugal) da Região Administrativa do Itapoã do Distrito Federal do Brasil. Partindo da premissa de dar maior sentido ao ato de aprender, o desenvolvimento do laboratório se deu a partir de problemáticas urbanas que os jovens vivenciavam diariamente e da utilização de uma linguagem mais próxima da realidade local em base à idade deles e aos seus interesses particulares. A utilização do RAP como um instrumento de pedagogia urbana nas atividades facilitou o entendimento das percepções dos jovens sobre o contexto socioespacial em que vivem. Como também contribuiu para que adquirissem um novo olhar sobre Itapoã-DF, mais crítico e consciente, que os estimulasse a exigir melhorias. Além de despertar suas capacidades e habilidades artísticas e uma maior autoestima.

Palavras-chave: pedagogia urbana; periferia; jovens; rap

Introdução

O artigo abordará aspectos do *Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado* que corresponde a uma experiência em pedagogia urbana no ambiente escolar, a partir da construção e execução de um laboratório participativo com estudantes de 14 a 16 anos com dois ou mais anos de defasagem série/ano de uma escola pública de Ensino Fundamental (Ensino Básico do 2º e 3º ciclo em Portugal) da Região Administrativa do Itapoã do Distrito Federal do Brasil.

O nome Rima faz referência à tentativa de se utilizar uma linguagem mais próxima da realidade local. Para tanto, utilizou-se, como instrumento principal de desenvolvimento da proposta, a efetivação do laboratório participativo de pedagogia urbana com alunos da escola citada.

Esse projeto corresponde ao Trabalho Final de Diplomação do Programa de Graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília defendido em julho de 2018 pela autora. Buscou-se, como resultado, compreender qual a percepção, consolidada no imaginário coletivo destes jovens, a respeito do espaço urbano da cidade onde moram e do espaço público circundante à escola onde frequentam.

Objetivo

Esta artigo tem como objetivo relatar como se deu a aplicação do estilo musical RAP como instrumento principal de desenvolvimento de um laboratório participativo de pedagogia urbana do “Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado” a fim de estimular as capacidades dos jovens de observar, descrever as potencialidades e os problemas; além de propor soluções para as áreas públicas urbanas que frequentam.

Contexto socioterritorial

Brasília, capital do Brasil, é o exemplo de cidade dispersa, ou seja, de baixa densidade ocupacional, elevada setorização e uma ocupação mais espalhada, marcada por grandes distâncias. Apresenta um centro hegemônico consolidado (Plano Piloto) e várias Regiões Administrativas (RAs) que compõem o Distrito Federal do Brasil. Observa-se que a distribuição da criminalidade no espaço intra-urbano de Brasília também é dispersa, desencadeando um efeito perverso: a violência acaba sendo confundida com a pobreza espacializada resultante de um processo de ocupação urbana pautado na segregação socioespacial.

Tem-se, assim, a homogeneização das áreas centrais (Plano Piloto), absolutamente regularizadas e providas de serviços e infraestruturas públicas e baixos índices de violência ocupadas pela população com maior renda. Em contrapartida, as áreas periféricas irregulares (a 20 km ou mais de distância do centro), que crescem permanentemente, onde os serviços demoram para chegar e a violência se alastra, são ocupadas pela classe pobre (maior parte de sua população).

Dentro deste contexto, Itapoã é uma das 28 RAs de Brasília com uma população estimada em 68.587 habitantes, localiza-se a 25 km da sua zona central. A localidade está entre as três RAs de maiores percentuais de população com até 18 anos (37,97%) e de jovens de 15 a 18 anos fora da escola (20,30%), bem como possui os menores valores de renda domiciliar média

(aproximadamente 574 euros) segundo a Pesquisa Distrital por Amostra Domiciliar (PDAD/2015). Quanto ao nível de escolaridade, 46,97% da população concentra-se na categoria dos que tem o ensino fundamental incompleto.

Pedagogia urbana

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, onde processos de maturação são rapidamente desencadeados. A naturalização da violência chega ao ponto de muitos jovens se autoproclamarem “potenciais criminosos”, devido às baixas perspectivas de futuro. O cometimento de atos transgressores pode ser motivado como uma compensação da exclusão social em que vivem: uma maneira de inserção numa lógica social maior, da qual se sentem protagonistas.

A escola é um espaço essencialmente de construção de novas perspectivas. Contudo, o modelo brasileiro ainda reproduz um sistema excludente de conhecimento, sob o uso de formas medievais de ensino que selecionam os “melhores alunos”, a partir de atributos como exposição oral e reprodução verbal de conceitos a serem decorados para a avaliação em exames.

A escola pública, em especial aquela localizada na periferia, cumpre um papel desafiador de compensar as deficiências culturais, comportamentais e intelectuais daquela população por ela atendida como é o caso do Centro de Ensino Fundamental Doutora Zilda Arns (Ensino Básico do 2º e 3º ciclo em Portugal), principalmente, por ser a única escola desse segmento no Itapoã. Esse fato entra em choque com o sistema que reafirma o desenvolvimento intelectual como prioritário frente aos demais aspectos, que acabam sendo negligenciados, sobretudo no que tange ao físico-motor, afetivo-emocional e social. Esses são considerados coadjuvantes, invariavelmente entendidos como “extras”. A hierarquização do conhecimento das disciplinas tradicionais ainda impera sobre as novas linguagens, tecnologias e espaços educativos.

Ambientes vivenciados diariamente por adolescentes tem efeitos diretos em seus comportamentos e na estruturação de seus valores sociais, podendo ser determinantes ao cometimento ou não de crimes. A baixa oferta de serviços públicos, entre eles atividades educacionais e culturais, favorecem a autoria de atos infracionais por jovens ao considerar os efeitos da relação pessoa-ambiente. A promoção de processos regenerativos urbanos e sociais é um vetor de mudança de paradigmas através de ação sociocultural e de processos participativos em contextos de exclusão sócio-urbana.

Utilizar o território como um espaço de aprendizagem ajuda a ressignificá-lo. Contextualizar os saberes junto às problemáticas urbanas dá maior sentido ao ato de aprender, já que os jovens vivenciam tais assuntos diariamente e, portanto, se identificam com eles. O espaço urbano é um instrumento educativo que faz com que os jovens compreendam e reconheçam melhor o local onde vivem; assim, podem assumir, coletivamente, maior protagonismo diante do espaço público. Esse fator favorece a construção da identidade local e da mobilização social diante dos problemas urbanos, contribuindo para tornar o ato de engajar-se comunitariamente, um hábito. Essa prática colabora para sensibilizar os jovens quanto à estima: cada um sai do seu posicionamento pessoal e começa a perceber que os outros ao seu redor também enfrentam a mesma situação que ele. Nesse sentido, favorece a formação de uma consciência coletiva esclarecida e atuante o suficiente para entender e mensurar as penalidades que sofrem por aquilo que são e pelo local em que moram, bem como em relação à falta de oportunidades que enfrentam.

Assim, o campo de atuação da pedagogia urbana se dá na busca pela compreensão do papel exercido, tanto pela escola quanto pela cidade, no desenvolvimento integral de jovens e do local onde está inserida. Parte-se da premissa de que a escola deve ser inclusiva e agregada socialmente à comunidade; afinal, o conhecimento sobre o direito a cidade e a vida pública resulta em agentes catalisadores da mudança. Abrir os muros da escola para que ela possa ter acesso a rua, invadir a cidade e a vida, parece ser ação classificada de “não-pedagógica” pelas frentes que trabalham com a pedagogia tradicional.

Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado

Esse projeto faz parte do projeto de extensão universitária e grupo de pesquisa “Periféricos: trabalhos emergentes” e corresponde ao Trabalho Final de Diplomação do Programa de Graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília, defendido em julho de 2018 pela autora. Foi desenvolvido no ambiente escolar do Centro de Ensino Fundamental Doutora Zilda Arns, com jovens da periferia do Itapoã-DF, buscando, como resultado, compreender qual a percepção, consolidada no imaginário coletivo de estudantes, a respeito do espaço urbano da cidade onde moram e do espaço público circundante à escola que frequentam.

Frente às elevadas taxas de repetência e de abandono dos estudantes antes de concluir o 9º ano (último ano do 3º ciclo do Ensino Básico em Portugal), a gestão da escola direcionou a atuação do projeto numa turma do Programa para Avanço das Aprendizagens Escolares (PAAE) correspondente

à correção de alunos com defasagem idade-ano nas escolas públicas de Ensino Fundamental do Distrito Federal do Brasil. Assim, o projeto abrigou estudantes com dois ou mais anos de defasagem de idade em relação ao ano escolar esperado, ou seja, jovens fragilizados e historicamente negligenciados de 15 a 16 anos ainda cursando o 9º ano.

Metodologia

A metodologia utilizada integra princípios teóricos de educadores sobre a capacidade transformadora da escola ao ser inclusiva e agregada socialmente à comunidade - Paulo Freire e José Pacheco.

O processo participativo deriva do desenvolvimento metodológico a partir da elaboração e execução de um laboratório no ambiente escolar e culminou numa tese de master, cujo o título nomeia o projeto, em arquitetura sustentável na Politécnico de Turim na Itália (Nogueira, 2017). Foram envolvidos pré-adolescentes de 12-13 anos de uma turma do 8º ano do Ensino Fundamental que participavam de um programa governamental contra a dispersão escolástica numa escola pública do bairro periférico Falchera da cidade de Turim. Seu aperfeiçoamento continuou através do desenvolvimento do trabalho final de graduação em arquitetura e urbanismo pela FAU-UnB intitulado Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado (Nogueira, 2018).

Tal metodologia se enquadra como uma vertente do método action-research (pesquisa-ação). Ou seja, um tipo de abordagem continuada, sistemática e empiricamente fundamentada em um ciclo contínuo que prevê o planejamento, a ação, o acompanhamento e a reflexão sobre ação para poder replanejá-la. A partir disso, essa experiência adaptou instrumentos de pedagogia urbana utilizados em outros contextos à realidade do Itapoã e também testou novos instrumentos e modalidades de abordagem, na busca de facilitar o entendimento da percepção dos jovens sobre as questões sociais e urbanas do local onde vivem e estimulá-los a pensarem em soluções aos problemas urbanos que enfrentam.

A metodologia desenvolvida pelo Grupo de pesquisa “Periférico, trabalhos emergentes” da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília - FAU/UnB foi utilizada no processo da construção de cenários baseado nas análises dos arredores do CEF Dra. Zilda Arns do contexto atual (identidade local, padrões espaciais e de acontecimentos, princípios de sustentabilidade) - tanto aquelas feitas pelos alunos a partir de suas demandas reais durante os encontros, quanto aquelas feitas pela autora a partir de seus conhecimentos técnicos.

Processo participativo

A escola, como local de encontro desses jovens, é um ambiente favorável à realização de um laboratório participativo e, principalmente, de empoderamento territorial, de cidadania ativa, de educação cívica e de atuação local. As atividades favorecem a consolidação da aprendizagem por serem transdisciplinares, o que auxilia os alunos a conectá-las e extrapolar da sala de aula.

O fio condutor do laboratório foi a realização de encontros semanais entre a autora e os jovens, tanto dentro como fora escola, por meio de um pacto com a direção escolar e os professores. Foram momentos de atividades práticas através um percurso lúdico-didático com o intuito de fazer uma “ginástica mental” para suprir a falta de estímulos daqueles estudantes no que diz respeito à reflexão sobre a cidade e, principalmente, sobre onde moram.

Foram trabalhadas as problemáticas urbanas vivenciadas diariamente pelos alunos na cidade onde moram e, mais especificamente, no espaço público circundante à escola, devido a falta de lazer, de atividades culturais e de equipamentos públicos, o que os obriga a se deslocarem para outras localidades. Como é o caso da obra de uma Vila Olímpica, localizada em frente à escola, que está abandonada há 4 anos em função de superfaturamento.

Além disso, há o descaso governamental com Realizou-se uma atividade diferente para cada encontro cujos motores eram a criatividade e a interdisciplinaridade entre geografia, história, português e artes. Os conteúdos programáticas escolares tradicionais, inspirados em modelos uniformes e pensados para grupos de alunos de capacidades uniformes, carecem desses aspectos e não deixam espaço a percursos educacionais alternativos.

As atividades possuem uma valência lúdica-reflexiva estimulando as capacidades dos alunos de observar, imaginar, comunicar, discutir e sintetizar pensamentos e informações. A maioria foi desenvolvida em grupos seguindo os princípios fundamentais para o crescimento juvenil: a cooperação, a colaboração e a diversão.

Tratando-se de estudantes desestimulados a frequentar a escola em decorrência de suas defasagens idade-ano e suas vulnerabilidades socioeconômicas, buscou-se utilizar instrumentos de pedagogia urbana que traduzissem uma linguagem mais próxima de suas realidades locais em base à faixa etária e aos seus interesses particulares, partindo de problemáticas urbanas vivenciadas diariamente.

A educomunicação foi um dos instrumento que mais despertou o interesse dos alunos e que promoveu uma maior participação no projeto, através da aproximação da realidade deles pela autoprodução de comunicação autêntica. Ocorreram saídas de campo nos arredores da escola, onde

eles filmaram e entrevistaram espontaneamente moradores, além de identificar através de fotos e anotações os aspectos positivos e negativos da área

Como resultado, os alunos desenvolveram a capacidade de observar e descrever os problemas, descobrindo as potencialidades das áreas ao redor da escola. A edição das filmagens gerou uma espécie de documentário que foi apresentado à administração da cidade e que gerou um debate em que os alunos questionaram as soluções para os problemas enfrentados pela comunidade.

O ritmo e a poesia do RAP

A música, mais especificamente o RAP, foi uma das ferramenta pedagógica que mais envolveu esses jovens e os conectou com o meio urbano, além de facilitar o entendimento de suas percepções por utilizar uma linguagem Culturalmente mais reconhecida no meio em que vivem. A identificação da maioria deles com esse estilo musical propiciou utilização da rima como um meio de expressão tanto de indignação como de denúncia social e urbana, fato que deu origem ao nome do projeto.

O RAP, constituído a partir dos elementos “ritmo e poesia” (do inglês Rhythm And Poetry), possui uma relevância estética, cultural e pedagógica para a formação dos estudantes brasileiros, tanto pelas temáticas abordadas nas composições como ao seu caráter eminentemente oral. Suas letras trazem mensagens de rebeldia que retratam as vivências e anseios de jovens da periferia, além de temas como a desigualdade social, a miséria, a fé e o racismo. Não é por acaso que é um dos estilos musicais mais aceitos por eles juntamente com o funk.

Ao interpretarem a letra da música “Fim de semana no parque” do grupo de RAP brasileiro Racionais MC’s, os estudantes se identificaram com as situações narradas contextualizando-as no âmbito de Brasília e, em especial, de Itapoã. Principalmente com o trecho que descreve a morte de uma pessoa querida vítima da violência. A partir dessa atividade, percebeu-se que a linguagem musical e poética do RAP “ouve” a voz tímida daqueles jovens, favorecendo a formação de uma consciência coletiva. Os fizeram sair de seus contextos pessoais para começa a perceber que tantos outros brasileiros também enfrentam penalidades sociais por aquilo que são, pelo local onde moram e pela faltas de oportunidades que enfrentam.

Num outro encontro, houve a participação dos artistas locais João, Big Jonnys e Lobo Alpha que contaram aos alunos sobre os preconceitos que enfrentaram e a influência da cultura Hip Hop e do RAP em suas trajetórias de vida. Também partilharam suas atuações no desenvolvimento cultural

local como agentes sociais na idealização e organização na batalha de rimas de RAP na região (Batalha do Paranoá).

A fim de estimular os jovens a expressarem seus pontos de vista sobre Itapoã por meio de rimas improvisadas e da escrita de composições de RAP, listou-se coletivamente dez pontos positivos e outros dez negativos de Itapoã.

10 pontos positivos de Itapoã:

- Skatepark;
- Quadra de futebol;
- Restaurante comunitário;
- Lanchonete Aki Salgados;
- Lanchonete Açaí do Japa;
- Quadras de esporte ao longo da ciclovia;
- Bailes;
- Tias da cantina da escola;
- Córrego do Parque;
- Rua da Paz.

10 pontos negativos de Itapoã:

- Transporte público;
- Obras abandonadas;
- Ruas não asfaltadas;
- Falta de segurança;
- Falta de Infraestrutura;
- Falta de Praças
- Trânsito caótico;
- Falta de iniciativa à cultura;
- Falta de um Centro de Ensino Médio;
- Crime

A partir desses aspectos, os convidados e a autora improvisaram rimas (free style) para incentivar a participação dos estudantes que surpreenderam revelando seus talentos e criando rimas criativas, o que demonstra que o rap é natural da periferia e é um dos movimentos culturais e musicais que cativam os jovens.

O trio de artistas locais também explicam sobre os diferentes tipos de rima existentes, que embasaram a escrita coletiva de versos traduzindo a leitura daqueles estudantes sobre a listagem dos aspectos positivos - esporte e lazer – e dos negativos - aspectos sociourbanos consequentes da omissão e da negligência do Estado como gestor da ordem pública - existentes em Itapoã na visão dos alunos.

O texto foi intitulado de “Itapoã resiste” e focaliza o descaso do governo frente as obras abandonadas desde 2015 do Centro Olímpico (Praça da Juventude), ao lado no Centro Educacional Fundamental Dra. Zilda Arns, além de instigar a falta de opções culturais e de lazer aos jovens na cidade:

Estamos cansados de obras paradas
Centro olímpico precisa da construção
Até quando ficaremos nessa situação?
Itapoã precisa de atenção
Só temos a loucura da rua
Cadê a diversão e a cultura? (Nogueira, 2018, p. 70)

A escrita individual de versos sobre os mesmos pontos discutidos ficou como tarefa de casa pela limitação de tempo do encontro. Percebeu-se a relevância das temáticas tratadas pelo esforço da maioria dos alunos em se arriscar a criar rimas, como foi o caso do texto produzido pelo aluno M. Fernandes:

Na minha rima eu vou manda e vou fala da minha quebrada umas rua sem asfalto e a administração não pensa em nada. Nas rua do Itapoã tá um perigo e as policcias não faz nada para proteje os amigos. Podia abrir o Sentro Olímpico para as pessoas praticar esporte e não fica nas ruas tomandobote!!!

O jeito que ta a tentação ladrão rouba ate ladrão. O único jeito é esporte mais o governo não tem dinheiro para esses pobre não. Esse é o nosso Brasil que não tem dinheiro nem pra o esporte mais tem dinheiro pra fica andando de Poche. Única coisa de lazer é a praça mais la so rola trafico de drogas. O Itapoã tem que ser mudado porque sinão não vai ter mais pessoas.

Queria toma um açaí do Japa, mais como tá o Itapoã nem sei ce vouto pra casa. Unica saida é a escola mas até a escola tem trafico de droga. Isso tem que muda porque sidadão disse já. O Zilda tá bom tem merendeira muito boas mais saindo daqui tem a Rua da Morte ou da

Paz e paz é que queremos na cidades. Também tem a batalha no Paranoá para tira os bandidos das rua. A rima pode ser uma saída porque tem até gente que passo no concurso por causa da rima.

(Nogueira, 2018, p. 71)

Impactos da experiência

Foram realizadas exposições e oficinas na escola voltadas para a compartilhamento das análises e ações realizadas pelos alunos participantes tanto com os outros alunos como a comunidade externa. O projeto contribuiu para os moradores compreenderem e conhecerem melhor o local onde vivem, valorizando-o e adquirindo um novo olhar sobre o local, mais crítico e consciente, o que favorece a construção da identidade local e da mobilização social diante dos problemas urbanos, contribuindo para tornar o ato de engajar-se comunitariamente, um hábito.

Quanto aos alunos participantes, o projeto os impactou um pouco mais por ter despertado suas capacidades e habilidades artísticas e ter elevado a autoestima deles, os empoderando de modo a assumirem, coletivamente, maior protagonismo diante do espaço público como agentes transformadores do território.

Os alunos participantes se mobilizaram, ao aumentarem sua frequências na escola no dia da semana que se desenvolvia o projeto, colocando-o em prática. Também tiveram a oportunidade de participar de uma oficina promovida pela autora na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília para compartilharam com o meio acadêmico essa experiência e mostrar seus talentos numa batalha de rima dirigida pelo artista local João.

Conclusão

Pode-se demonstrar o estilo musical e o movimento cultural do RAP como um eficiente instrumento de pedagogia urbana, capaz de dar maior sentido ao ato de aprender a partir do seu viés poético-musical de reflexão e denúncia sobre questões urbanas, veiculado à expressão de identidade e reconhecimento social e à formulação de demandas sociopolíticas relativas ao cotidiano das periferias. A linguagem musical e poética desse estilo musical corroborou uma visão mais crítica e amadurecida daqueles adolescentes sobre a realidade socioespacial e econômica onde vivem, além

de despertar suas capacidades e habilidades artísticas e uma maior autoestima. Também os estimulou a exigir e propor melhorias urbanas à administração local.

Referências

Andrade, L. M. S. de. (2017). Periférico, trabalhos emergentes: participação social na elaboração de projetos de arquitetura e urbanismo nos TFGs da FAU/UnB. Artigo publicado no XVII ENANPUR. São Paulo.

Andrade, L. M. Souza de. e Lemos, N. da S. (2015). Qualidade de projeto urbanístico: sustentabilidade e qualidade da forma urbana. In: Amorim, C. N. D. et al. Avaliação da qualidade da habitação de interesse social: projetos arquitetônicos e urbanístico e qualidade urbanística. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília. Brasília.

Freire, P. (1979). Educação e mudança. 12ª Edição. Rio de Janeiro: editora Paz e Terra.

Governo Do Distrito Federal (2016). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Itapoã - PDAD 2015. Brasília, CEPLAN.

Nogueira, C. S. (2017). Cambiamente: un'esperienza di protagonismo dei ragazzi per l'appropriazione e trasformazione del territorio. Tese do master em Architettura per il Progetto Sostenibile do Politecnico de Turim (Itália). Turim.

Nogueira, C. S. (2018) Projeto Rima: fazendo da cidade um grande aprendizado. Trabalho final de diplomação do Programa de Graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília. Brasília.

Pacheco, J. (2014). Aprender em comunidade. São Paulo: Edições SM.

Righi, V. J. (2011) RAP: ritmo e poesia: construção identitária do negro no imaginário do RAP brasileiro. Tese de doutorado do Instituto de Letras com convenção de co-tutela internacional entre a Universidade de Brasília e a Université Européenne de Bretagne. Brasília/Rennes.

Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Revista Educação e Pesquisa, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. São Paulo.



Ciências da Educação | Education Sciences

EPR's Paradox: Reading "Alice in Quantumland"

Maira Lavalhegas Hallack (1), Linda Cochrane (2)

1. State University of Campinas (UNICAMP), Brazil

2. Concordia University, Montreal, Canada

Abstract

The development of modern physics has forced us to re-evaluate our understanding of reality. It is no longer possible for physicists to rely on a commonsense view of the world. This necessitates a change in how students are taught physics. To this end, we propose the development of a teaching methodology that stimulates imagination and understanding using the research techniques of discourse analysis to examine examples from the burgeoning literature that uses fantasy and analogy to explain modern physics, particularly quantum mechanics. To begin development of this methodology, we will narrow our scope to explanations of the so-called "EPR Paradox".

Keywords: Quantum mechanics; reality; discourse analysis; locality; quantum entanglement.

Introduction

Much current research into the teaching of science highlights the importance of in-class reading. For example, Almeida e Ricon (1993) suggests the inclusion, in the curricula of physics classes, of texts and novels that popularize science; and Nascimento e Rezende (2010) provides a broad bibliographic review of the use of science-popularization texts in the teaching of science. These, and others, reaffirm the importance of the use of such texts as part of a pedagogic methodology.

We emphasize the importance of such reading because of how it contributes to the broad education of students. The readings should be more than a language or literature class, as Cassiani (2012) states, since the difference in context enables different interpretations. (ORLANDI, 2001) and encourages to use of imagination.

Since its development, quantum mechanics has given rise to philosophical problems of "interpretation" concerning the nature of knowledge and reality. There is no consensus about this theme, although the orthodox interpretation, or the Copenhagen Interpretation, has been predominant because of certain experiments such as Alain Aspect's experiment in the 1960's which is an adaptation of Erwin Schrödinger cat experiment for practical laboratory analyses that

corroborates QM theoretical results. On the other hand, this theory is contrary to the epistemic principles of Classical Physics (CP),

This topic, as Michel Paty (2003) shows, is polemic and its philosophical viewpoint. In most of physics, only a mathematical meaning of Quantum Mechanics (QM) is assumed, while its epistemic problems are ignored. However, since the mathematics of QM is too hard for most high school students, we propose here to work with an interpretation of QM. As Paty has stated (idem, p. 71), quantum mechanics has given rise to “interpretation” problems, particularly in the areas of knowledge and reality. While it allows descriptions of atomic phenomena and radiation, QM shows the limitation of Classical Physics (CP) as it uses probabilistic descriptions, “indeterminate” relations, complementarity, and so on.

Although, there is no consensus, the orthodox interpretation, known as the Copenhagen Interpretation, has been predominant because of certain experiments, such as Alain Aspect’s proposal in the 1960’s that was an adaptation of Erwin Schrödinger cat experiment for practical laboratory analyses, that corroborate QM theoretical results. On the other hand, this theory is contrary to the epistemic principles of classical physics.

As physics should not concentrate solely on the mathematical formalism of QM, it is important to have tools to explain and to develop all of physics regardless of the interpretation on which it is based. However, physics depends on which “interpretation” it is based and, in turn, on its related mathematical formalism. Some physicists defend a particular QM interpretation when they understand subatomic particles as an ensemble of auto valor and autovector functions

The importance of this work in the field of science teaching is in bringing a scientific culture to the classroom. Teaching physics is performed by a dialogue between literary and scientific language. For this reason, the proposed readings should be introduced in addition to, and not instead of the mathematical language. Physics classes should allow students to become acquainted with physics while also being introduced to the culture (Zanetic (1989)), rather than as mere training in the solution of exercise problems.

Although a significant amount of research defends the importance of such readings in science and mathematics classes, Bertoldo et al (2014) showed that few teachers use it in their classes. Most physics classes can be summarized as repetitive reading whereby students only copy down examples of exercise solutions, of empirical copies. (ORLANDI, 1996). Furthermore, as proposed by Almeida and Sorpreso (2011) in “Analytical device for reading comprehension of different kinds

of texts: examples about Physics”: we do not read a text book in the same way that we read science popularisation texts; we use different inner-speech which uses different memories in its production (idem, p. 84). Moreover, we reiterate that, because we use different types of inner-speech, we should rethink the types of texts used in teaching situations (ibidem, p.84).

This work defends the use of different kinds of text which have a different direction of production and ways as usually used (...) We can say in the everyday life of people; these texts work the same way (IBIDEM, p. 84). Each kind of text has a different target and ideal reader, for whom the writer writes. On the other hand, there is an ideal writer with whom the real reader enters into a dialogue.

Through reading, there is a possibility of introducing modern and contemporary physics in class. This enables students to be autonomous in their view of reality and also allows school children, who are not adept in mathematical language, to become involved in learning physics. It is, therefore, important to introduce physics to the students without imposing high-level mathematics.

Some articles show us the importance of the original discussions concerning QM, especially, in its beginning. They explain the difference between the philosophical principles of CP and QM and affirm that CP is based on epistemological determinism. On the other hand, QM is seen from the viewpoint of probabilities, of proposition complementarity, of particle nonlocality and the uncertain measurement between two pairs of observables, for example, energy and time or position and momentum: That means Poisson statistical reality.

The whole approach is not only in complete accordance with the usual chemical kinetics, but even stresses the simple assumptions on which it is based. Thus, in any process resulting in chemical combinations, the properties of the new molecules do not primarily depend on the composition of the molecules by whose interaction they were formed, but only on the relative placing of the atoms of which they consist. Any secondary characteristics of the state of such molecules, corresponding to oscillations left from their formation, will indeed not essentially affect their chemical properties and will even, due to the general thermal agitations in the medium, rapidly lose all connection with their previous history. (BOHR, 1963)

A new epoch in physical science was inaugurated, however, by Planck's discovery of the elementary quantum of action, which revealed a feature of wholeness inherent in atomic processes, going far beyond the ancient idea of the limited divisibility of matter. Indeed, it became clear that the pictorial description of classical physical theories represents an idealization valid only for phenomena in the analysis of which all actions involved are

sufficiently large to permit the neglect of the quantum. While this condition is amply fulfilled in phenomena on the ordinary scale, we meet in experimental evidence concerning atomic particles with regularities of a novel type, incompatible with deterministic analysis. These quantal laws determine the peculiar stability and reactions of atomic systems, and are thus ultimately responsible for the properties of matter on which our means of observation depend. (IDEM, 1963)

The QM interpretation broke with the scientific way of doing CP. According to this physicists, although the scientific logic of QM changed that of CP, but not the desire to enrich knowledge, so the harmony and beauty of physics are not abandoned, only how it's done is summarized differently, because the old logic is not enough to explain the 'quantum' and others keys concepts of the atomic world.

Thus, according to our goal, and in agreement with Bohr (1963) on the importance of language in the teaching process, we tried to find a methodological-theoretical support which allows us to analyze the process. We have proposed to consider the non-transparency of language and that all discourses are built with new meanings being produced, the said and unsaid, the relationship between writer and reader.

Thus, we support our ideas with some notions established in this trend by Eni Orlandi (1983, 1996, 2001, 2012) in view of discourse analysis (DA), which began in France with Michel Pêcheux. Through DA, we have constructed some tools to understand how the discourse is built in Gilmore's book about a discussion between Albert Einstein and Niels Bohr, on the completion of the QM interpretation as described in the EPR)² paper and Bohr's answering paper³. We use some notions of this trend, such as discursive formation, the relation between format and content, non-transparency of language, the meaning produced by discursive relations, the polysemy of language, and the condition of immediate and socio-historical production.

Discourse Analysis

Discourse analysis, here, is a research technique which is composed by the speaker and the reader. Some of the notions of discourse analysis is that speech is not transparent; discourse meaning is dependent on the subject positions of both the speaker and the audience; .the speaker assumes a

²A. Einstein, B. Podolsky and N. Rosen, Phys. Rev. **47**,777 (1935).

³ N. Bohr, Phys. Rev. (1935).

consistency between what the audience hears and what the speaker is saying; all speech is a reading/interpretation of an other's discourse. Emphasis is placed on the way in which the target audience uses different skills, background information, and biases when interpreting the context of a discourse. Discourse analysis by Erni Orlandi appropriates some notions from French current discourse analyses and one of its creator's Michel Pêcheux. An important point is the social context of the discourse in which there are many discourse meanings, each of which is the result of the reader or author's discourse interpretation.

In order to develop a robust methodology for teaching quantum physics, we propose an application of the French Analysis of Discourse, as developed by Michel Pêcheux and by Eni Orlandi, to a reading of the novel "Alice in Quantumland" with the aim of introducing the subject to schoolchildren in a way that is both informative and entertaining.

The basis for this development will be the famous EPR Paradox, as presented in an article by A. Einstein, B. Podolsky and N. Rosen (EPR), since this presents many of the ideas of quantum mechanics in a compact form and highlights the difficulty that even scientific geniuses, such as Einstein, have in accepting the view of reality that quantum mechanics presents

We have used as theoretical methodological support some notions of DA, of the French trend, which had Michel Pêcheux as one of its founders and we were especially guided by Eni Orlandi's research. Based on this support, we tried to understand Gilmore's (1995) discourse. In addition to DA, we have made use of some notions of the Science Teaching (ST) field, which we can use to explain the importance of understanding a book that discusses some scientific notions using ST narratives.

We used the scientific view of culture (ZANETIC, 1989); the book as class content, understanding this as class totality, not only as a motivator (PIASSI, 2013); but reading as a didactic strategy (ALMEIDA & MOZENA, 200; ALMEIDA 2004 e 2013; CASSIANI & GERALDI, 2012) and the importance of the teacher as a mediator. (ZYBERSTAJN, 1984).

According to our methodological and theoretical support, this allows us to understand how meaning is produced. The process by which this occurs depends on the condition of this process, elaborated by the writer, for that it is necessary to understand the relationship between language and the subject's exterior, which is a result of the producer's conduction of meaning, this being immediate; and the socio-historical context. (ORLANDI, 1983).

Meaning is neither defined by a person's speech, nor by word meanings. These are built into immediate situational reading memory, socio-historical context and the relationship between interlocutors. Therefore, there is not only one aspect relating language, world and thought. Neither is language a transmission of pre-meaning, because our relationship with our exterior changes each person's production of meaning. (ORLANDI, 2005).

DA's main notion is that language is not transparent, the discourse is built by meaning's effects between interlocutors. All kinds of discourse are had the mechanism of all the rules of social formation of projection which is determined by the situation of the concrete and the representation of this situation within discourse (ORLANDI, 1983, p. 9).

The pre-meaning as "literal sense" is because in some determined condition, there is a dominant production of meaning, which is a different notion without language's transparency. These meanings are the result of historical and reading memory, in this way, we have some recognized specialists controlling the interpretation, such as teachers do in class. (ORLANDI, 2001). In addition to the view of DA, language is made by what is said and unsaid, "For my words to have meaning, they need to make meaning." (IDEM, p.34). Although the same can be said for the unsaid and unconscious subject, this results from an ideological mechanism in which the interlocutor believes in the unity and completeness of his/her discourse. His/her text/speech is complete and has only ONE meaning. However, discourse is built on the multiplicity of meaning indicated in the relation between this discourse and other discourses, and in discursive (interdiscursive) memory. Thus, all discourse is made by both what is unsaid and said. With that, we think the possibilities for student interpretations are in the multiplicity of discourses that the teacher uses in class. For that, the importance of reading in science class is that the reading allows the information diversity about different themes enabling the exercise of critical view [...] even though, there are other ways to obtain information, the written text is still the way that allows the amount of opinion and in depth variety of themes. (ALMEIDA & MOZENA, 2000, p. 426)

Although the QM Copenhagen interpretation is predominant, the EPR Paradox made evident that it broke with the classical mode of doing science, even in terms of epistemology it is not accepted among physicists. (PATY, 2001). Therefore, nowadays a lot of knowledge production in physics is making use of the mathematical language in physics teaching even though there is the desire for prominence of the so-called "usual language" (ALMEIDA, 2004).

To understand the school as a place of citizen formation, ST should use the idea of physics as a culture (ZANETIC, 1989). The dialogue between teachers and students is better established though

the use of the “usual language”, this being what a person uses to express him/herself. Especially because beginner students usually have a problem understanding and using the mathematical formalism intrinsic in physics. (ALMEIDA & MOZENA, 2000)

Reading in light of DA, the discourse writer writes a text focusing on the virtual reader, on the other hand, the reader interacts with the imaginary reader, then he/she creates a virtual writer. Thus, a triple dialogue is established between the real writer and imaginary reader; virtual reader with real reader; and the real reader and virtual writer. (ORLANDI, 2001). Reading of different types of texts in class is important as discursive heterogeneity enables these to apply physics as a culture (ZANETIC, 1989), and it is approached in class, going beyond mathematical formalism.

For this reason, reading of a different discursive type can contribute to the students’ making sense of scientific concepts; they express their views on the topics brought up in class; they bring topics from their daily lives to the discussion; they are motivated by reading in general; they come into contact with aspects of scientific nature and it allows them to add new reading stories. (GAMA & ALMEIDA, 2006). Reading should be incremented in class not only as a motivator or auxiliary tool as some science teaching students defend, but it should instead amount to be the totality of class content. (ALMEIDA & SORPESO, 2013).

Reading is the main topic of the class, the primordial material such that, more than content, it should include the text form. (PIASSI, 2013) To understand a discourse it is necessary to comprehend the writer and, if translating from an original, analysis of the context of the reading of the “original discourse” should be considered. It is fundamental to understand something of the life of the writer, the translator’s conception of the world, and how the latter is shown in their discourse. Also, construction of the aforementioned form and content is given by how we say what is said and by the unsaid.

Selected Text

The novel “Alice in Quantumland: An Allegory of Quantum Physics” is an imaginative and unusual 1995 quantum primer by Robert Gilmore. Robert Gilmore is a research particle physicist; is a lecturer in physics at Bristol (UK) University; and has worked extensively at Stanford and CERN. He is, therefore, highly qualified to present these topics.

Some information about his book, it is loosely based on the classical “Alice” books by Lewis Carroll, but Gilmore affirms that his book is closer to “The Wizard of OZ”. Gilmore makes the

basic features of quantum mechanics clear and accessible by presenting them in an amusing fantasy in which the protagonist, Alice, is taken on a series of adventures, each of which presents her with some aspect of character and quantum mechanics, including Heisenberg's Uncertainty Principle; waves and wave interference; wave-particle duality; the Copenhagen Interpretation; and so on.

The darkness slowly cleared from about Alice. The shadows lifted from her eyes, which were immediately dazzled by a chaos of bright lights and colors. At the same time her ears were assaulted by an assertive cacophony of sounds. She looked around her and found that she was in the midst of a merry and diverse throng of people. There appeared to be all manner of folk present, in every kind of dress. She could see that some of them were wearing white coats, such as one imagines scientists to wear in their laboratories, while others in the crowd were dressed in very casual clothes or in formal suits. She could see costumes from countries all over the world and indeed from many different times in the past. (Gilmore,1995, p. 162)

In this part, it is shown how the writer introduces a new chapter, and tries to re-examine who is actually the scientist, because Alice thought, until this moment, that a scientist is one who wears a white coat, even though in general, scientists do not, except when it is necessary in laboratory, Also a lot of scientists are theoreticians, or, even if experimental, do not need white coats, but other types of protection.

In previous quotation, it is possible to note how the language is used on book to explain physics. In particular, the writer explained how the intensity does not change the energy of the electron, and to control the photon or electron energy, it is necessary to control their frequency.

As this did not appear to offer much immediate entertainment, Alice looked around for something more promising. Her attention was attracted by a stall nearby which bore the name "Photoelectric Canon." There was a sort of stylized gun from which the player could direct a beam of light onto a metal surface. The light caused electrons to be emitted where it struck, and the idea, as explained by the stall's occupant, was to get the electrons to move a little distance to a sort of bucket, where they would be collected. This seemed easy enough to Alice, even when it was explained that, to make things a little more interesting, there was a weak electric field which resisted the passage of the electrons and turned them back just before they reached the collector. After all, as the stall owner explained, there was a control which would allow Alice to increase the intensity of the beam of light to many times its present value. However hard she tried, though, she found that she could not get any of the

electrons to travel that last little distance. She turned the intensity of the light higher and higher. More and more electrons came streaming out, but every one was turned back at the last minute by the electric field. "This is really too bad!" exclaimed Alice in frustration. "I am afraid that it is what you have to expect," replied her companion sadly. "You see, you have only been given control of the intensity of the light and not its color. If light were a classical wave, then you would expect that as you increased its intensity, the associated disturbance would increase, and it would give more energy to the electrons that were emitted from the surface of the metal target. In fact, it is the color, or frequency, of the light that decides the energy of the individual photons which compose it. As you are not provided with any way to alter this, you cannot change the energy of the photons or for that matter the energy of the electrons which those photons will knock out of the metal surface. The stall has, of course, carefully been set up so that this energy is not quite enough to get through the retarding electric field. When you increased the intensity of the light, you directed more photons onto the surface, and these produced more electrons, but they all had the same energy, and in every case it was not quite enough for the electron to make it to the collector. I am afraid that you cannot win." (ibid, p. 164)

In non-narrative language, the writer presents these same ideas using more technical language which he placed in boxes with a cartoon. However, he started his book by explaining that if you do not want to read them, it is up to you, although he recommends that those who are interested in physics should do so. The first box is about how strange the quantum behaviour is for classical physics:

The quantum description of the world is hardly what we would have expected. The reason for believing in it is that its predictions agree with the experiments results. It is the only theory that can give any sort of explanation for the behaviour of matter on the atomic scale, and it does it remarkably well. (ibid, p165)

The second box explains the photoelectric effect as an example of how the quantum behaviour is so different from what is expected by classical physics:

The central features of quantum behaviour are the detection of discrete particles and the observation of interference. The observation of quantum is shown by the photoelectric effect: the production of electric by light falling on metal surface. The result only increasing if the light intensity is to increase the number of photons present and consequently the number of electrons. Each photon still interacts on its own, so if the frequency of the light is

on unchanged as the intensity is altered, then each photon will still have the same energy, and the energies of the electron produced will be the same, whatever the intensity of the light. This is quite different from the behaviour expected for a classical wave, where a greater intensity should mean more energy delivered. (idib. p.166)

The EPR Paradox

The EPR paradox is a thought experiment by which Albert Einstein and his colleagues Boris Podolsky and Nathan Rosen (EPR) attempted to demonstrate that the wave function of quantum mechanics cannot provide a complete description of physical reality, thereby showing that the Copenhagen interpretation is unsatisfactory. Attempts to resolve the EPR Paradox have had important implications for how quantum mechanics should be interpreted.

In the selected text, the EPR Paradox is presented by a character called "The Great Paradoxus", or "Spooky action at a distance" in the final chapter. Here is Robert Gilmore's reading about the Paradox proposed by EPR .

As I say, if you were to measure the spin, you would find it to be spin-up or spin-down, but if you do not measure it, then there will be a mixture, a superposition of states having different directions for the spin. Only when you make a measurement of the spin will the amplitudes reduce. One will be selected, and one will no longer be present. Now," he said abruptly, "the source which you see here makes its transitions from states which have no spin at all, so the total spin of the two particles produced must also be zero. That means," he explained kindly, "that the spins of the two photons must be opposite: If one has spin-up then the other must have spin-down. But, mark you, the spin direction of the photons is only selected from the superposition of states when a measurement is made-that is the usual understanding. Thus, you see that when a measurement is made on one photon with the discovery, let us say, that it has spin-up, then the amplitude superposition for that photon will reduce to the appropriate state. "However," Paradoxus continued, drawing himself up to his full height, "at the same time, the superposition for the other photon must reduce also, because we know that this photon must have the opposite spin. This must happen however far apart the photons might be at the time, even if they had arrived at different stars in the sky. In this demonstration we will not be making our measurements quite so far apart as that," he smiled at his audience. "I now call for two volunteers, two trusty and reliable

experimenters who will agree to travel to the opposite ends of Quantumland and make our observations for us." (Ibid. p. 176)

He explains superposition and the problem of quantum entanglement as described by Einstein et al. This results in an argument among the attendees in which different positions on the Paradox are presented. The Classical Mechanics attempts to explain the paradox but non-locality can only be explained by quantum mechanics as Great Paradoxus points out.

Summary

At the beginning of their famous article, Einstein, Podolsky, and Rosen wrote that:

ANY serious consideration of a physical theory must take into account the distinction between the objective reality, which is independent of any theory, and the physical concepts with which the theory operates. These concepts are intended to correspond with the objective reality, and by means of these concepts we picture reality to ourselves. (EPR, 777)

As Werner Heisenberg put it, "what we observe is not nature in itself, but nature exposed to our method of questioning." The ability to "picture reality to ourselves" is questionable. The human cognitive capacity to synthesize reality is highly limited. For example, human vision can respond to only a small part of the electromagnetic spectrum (wavelengths between approximately 400 to 700 nm). Attempting to judge the correctness of a theory according to its agreement with human experience, as EPR do, is hence, highly problematic. While it is true that human experience "enables us to make inferences about reality", we are not justified in using that experience to determine objective reality

In his reply to the EPR paper, Bohr wrote that:

...this new feature of natural philosophy [i.e., quantum mechanics] means a radical revision of our attitude as regards physical reality, which may be paralleled with the fundamental modification of all ideas regarding the absolute character of physical phenomena, brought about by the general theory of relativity. (Bohr (1935), 702)

In "Alice in Quantumland", Gilmore has the EPR paradox presented by character called "The Great Paradoxus" and uses the initials "EPR" to stand for "Extraordinarily astounding, Paradoxically incomprehensible, Rather surprising on the whole" (p. 169). In this section, Gilmore attempts to deal with quantum entanglement or "Spooky action at a distance" as Einstein called it. He has the

Great Paradoxus call on two “identical” twins carrying polarimeters to act as the entangled particles. What Gilmore is attempting in this section is to present quantum entanglement in a way that “we can picture reality to ourselves.” It is questionable how successful he is in this. Gilmore does point out one of the problems with making measurements on such tiny particles, namely that the measurements “must be made with enormously large particle accelerators” (p. 176).

the objective reality, which is independent of any theory, and the physical concepts with which the theory operates. These concepts are intended to correspond with the objective reality, and by means of these concepts we picture reality to ourselves.” (EPR, 777)

“Picturing reality to ourselves” is a problematic approach since the objective reality that quantum mechanics attempts to describe is not something that we have the capacity to “picture”. By using an analysis of a book like “Alice in Quantumland”, it may be possible to introduce quantum mechanics to students in such a way that they suspend reliance on a commonsense “picture” of reality and use their imaginations to advance their understanding.

References

Almeida, M. J. P. M. O texto de divulgação científica como recurso didático na mediação do discurso escolar relativo à ciência. In Pinto, G. A. (org.) *Divulgação Científica e Práticas Educativas*. Curitiba: Editora CRV, p. 11-24, 2010.

_____. *Discursos da Ciência e da Escola: Ideologia e Leituras Possíveis*. 1. ed. Campinas-SP: Mercado de Letras, 2004.

Almeida, M. J. P. M.; Ricon, A. *Divulgação científica e texto literário uma perspectiva cultural em aulas de física* (1983). *Caderno Catarinense de Ensino de Física*.

Aolita, L. et al. Open-system dynamics of entanglement: a key issues review. *Rep. Prog. Phys.* 2015 (disponível em: <http://iopscience.iop.org/article/10.1088/0034-4885/78/4/042001/meta;jsessionid=DEE13F441E207026C42563474FFBD172.c1.iopscience.cld.iop.org> acessado em 30 de julho às 20h).

Bertoldo, R. R.; Cunha, M. B.; Strieder, D. M.; Silva, A. S. A leitura de divulgação científica na escola, existe?. In: *Simpósio sobre Divulgação Científica na sala de aula, 2014, São Paulo. Caderno de Resumos Simpósio sobre Divulgação Científica na sala de aula: perspectivas e possibilidades, 2014.*

BOHR, Niels, Can Quantum-Mechanical Description of Physical Reality be Considered Complete? *Physical Review*, October 15, 1935, Volume 48

_____. *Essays 1958/1962 on Atomic Physics and Human Knowledge* (New York, N. Y., 1963). BRUCE, Colin. Blog (<http://www.colinbruce.org/> acessado em 19 de julho às 15h)

_____. *As aventuras científicas de Sherlock Holmes: o paradoxo de Einstein e outros mistérios*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

Cassiani, S., Giraldo, P. M., Linsingen, I. É possível propor a formação de leitores nas disciplinas de Ciências Naturais? *Contribuições da análise de discurso para a educação em ciências. Educação Teoria e Prática*, v.22, n.40, (2012) Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/>

CARTA CAPITAL, 2010. (http://www.cartacapital.com.br/educacao/carta-fundamental_arquivo/o-segre-do-de-traduzir-2 acessado em 30 de julho de 2016 à 1h30)

Einstein, A., B. Podolsky, and N. Rosen, Can quantum-mechanical description of physical reality be considered complete? (<http://www.drchinese.com/David/EPR.pdf>) Phys. Rev. 47 777 (1935). [1] (<https://dx.doi.org/10.1103/PhysRev.47.777>)

Gama, Liliane Castelões ; Almeida, Maria José P. M. . Condições de produção numa leitura de divulgação científica. Espiral (São Paulo) , São Paulo, v. 7, n.26, p. 1-6, 2006. (acessado em <https://www.ias.edu/ideas/2013/epr-fallout> acessado 30 de julho de 2016 as 21h)

Gilmore, Robert; Alice in Quantumland: An Allegory of Quantum Physics. Copernicus Books, New York, NY, 1995

Laad, T. et al. Quantum computers, 2010. (Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v464/n7285/full/nature08812.html> acessado em 30 de julho às 19h)

Nascimento, T. G. Rezende Jr., M. F. A produção sobre divulgação científica na área de educação em ciências: referenciais teóricos e principais temáticas. Investigações em Ensino de Ciências, v.15, n.1, 2010.

Orlandi, Eni de Lourdes Puccinelli. Discurso e Leitura. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Gestos de Leitura. 3. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2010.

_____. Discurso e texto: formação e circulação dos sentidos. Ed. Pontes, 2001, 1ª Edição.

_____. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 1ª. ed. Ed. Vozes, 1996.

_____. A linguagem e seu funcionamento - As formas do discurso. 1a. edição: 1983, Ed. Brasiliense.

Paty, Michel [2003]. A Física do Século XX, trad. Pablo Mariconda, Aparecida/SP: Idéias & Letras.

Piassi, L. P. C. Interfaces Didáticas entre Cinema e Ciência - Um Estudo a Partir de 2001: Uma Odisseia no Espaço. 1. ed. São Paulo: Livraria da Física, 2013.

Pinto, G. Literatura não canônica de divulgação científica em aulas de ciência. Tese de doutorado USP, 2009.

Thomas, K. D. Einstein attacks quantum mechanics, 2013. (Disponível em <https://www.ias.edu/ideas/2013/epr-fallout> acessado em 26 de julho de 2016 às 22h)

Zanetic, J. Física também é cultura. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo, SP. 1989.

Zohar, E. Particle physics: Quantum simulation of fundamental physics, 2016. (Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v534/n7608/full/534480a.html> acessado em 1 de agosto de 2016 às 10h).



Enfermagem | Nursing

Padrão de Apego Mãe/Bebê em Adolescentes Assistidas Pelo Programa Jovens Mães Cuidadoras

Lislaine Aparecida Fracolli(1) ; Leticia Aparecida da Silva(1) ; Reginalice Cera da Silva(1); Anna Maria Chiesa(1); Claudia Alves de Assis(1); Flavia Corrêa Porto de Abreu- D' Agostini(1); Euripedes Constantino Miguel(2); Guilherme Vanoni Polanckzy(2)

1. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

Resumo

O Apego Materno Fetal (AMF) refere-se à forma e intensidade com que as mulheres se engajam em comportamentos representativos de afiliação e interação com a criança que vai nascer. O Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC) é uma tecnologia para prestar assistência a adolescentes, em alta vulnerabilidade social, na primeira gestação, com foco no fortalecimento do apego e desenvolvimento de parentalidade através de visitas domiciliares (VD) de alta complexidade. Um dos instrumentos utilizados durante as VDs é a Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) para identificar a evolução do AMF. Um dos desfechos esperados pelo Programa é o aumento desse padrão ao longo da gestação. Este estudo de caráter exploratório e descritivo com técnicas quanti e qualitativas buscou identificar a evolução do AMF durante a gestação no contexto do PJMC, junto a 15 adolescentes que responderam a EAMF no segundo e terceiro trimestres da gestação. Destas, 11 aumentaram o AMF, 03 diminuíram e 01 manteve o mesmo AMF durante a gestação. Os escores obtidos por 14 gestantes alcançaram AMF máximo. Uma delas apresentou AMF médio na primeira aplicação da escala e na segunda alcançou AMF máximo. Tais resultados condizem com a literatura que aponta AMF máximo entre primíparas que não vivenciam situação de vulnerabilidade social. Observou-se ao final a ampliação no padrão de AMF pois, apesar do contexto vulnerável, as gestantes mantiveram AMF máximo ao término da gestação. Os escores iniciais da EAMF não são definitivos e devem ser considerados para monitorar a promoção de ações que tenham impacto favorável no desenvolvimento do apego.

Palavras Chaves: Parentalidade; Gravidez na Adolescência; Escala de Apego Materno-Fetal; Visita Domiciliar.

Introdução

Justificada por uma taxa de mortalidade infantil elevada até fins do século XVIII, uma relação de aparente frieza e indiferença entre mãe e filho era frequentemente verificada e considerada uma forma inconsciente de “courage sentimental” socialmente aceita, já que as chances de perder o objeto de ternura antes do primeiro ano de vida eram muito altas, assim, não se apegar era uma forma de evitar sofrimento posterior. Anos mais tarde, descobriria-se que mães que demonstravam mais afeto por seus filhos tinham menor número de bebês mortos (Banditer, 1985).

No último terço do século XVIII houve uma grande mudança de pensamento sobre a imagem e a importância do papel materno, que a partir dali passa a ser reconhecido socialmente. Muitas publicações após 1760 recomendam que as mães cuidem pessoalmente de seus filhos sendo imposto a mulher o “ser mãe” como seu principal papel, criando então o mito do amor espontâneo de toda mãe pelo filho, que continuou vivo por mais de duzentos anos (Banditer, 1985).

Nos últimos anos, muitos estudos foram realizados com o objetivo de compreender os processos através dos quais as pessoas estruturam, desenvolvem e mantêm laços afetivos ao longo da vida (Correia & Linhares, 2007).

Entre eles, estudos que buscavam avaliar a ansiedade pós-natal relacionada ao apego mãe-bebê, como os conduzidos por Feldman, Weller, Leckman, Kuint, Eidelman em 1999 e Nataga, Nagai, Sobajima, Ando Nishide, Honjo em 2000). E um dos estudos de maior importância foi realizado por John Bowlby, em 1951, quando popularizou-se o termo apego, como o vínculo estabelecido entre a criança e sua mãe, a partir do nascimento (Tarelho & Perosa, 2001). Bowlby (1989) considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos que funciona dentro de um contexto de outros sistemas de controle comportamentais. O apego, traduzido como uma necessidade humana inata de estabelecer laços afetivos, já estaria presente no neonato em forma embrionária e continuaria na infância, vida adulta e velhice (Schmidt & Argimon, 2009).

A partir do período pré-natal, a mãe desenvolve expectativas sobre o bebê e interage com ele constituindo uma primeira relação (Apego Materno Fetal), que pode ser o prelúdio da relação que se consolidará após o nascimento, portanto, este vínculo merece ser melhor compreendido (Brazelton, 1988, Brazelton & Cramer, 1992).

O Apego Materno Fetal (AMF) refere-se à intensidade com que as mulheres se engajam em comportamentos que representam uma afiliação e interação com a criança que vai nascer (Cranley, 1981). Este conceito é utilizado para descrever a qualidade da relação da gestante com o feto e pode

ser avaliado com base na frequência de comportamentos que expressam cuidado e comprometimento com o feto como: alimentar-se de forma saudável, evitar substâncias nocivas, interagir com o bebê, conversar e acariciar a barriga (Solisbury, Law, LaGrase & Lester, 2003) e também expressar expectativas e sentimentos da gestante, tais como imaginar o rosto do bebê, ter o desejo de segurá-lo e amamentá-lo (Alvarenga, 2012).

Desde o início do século XXI, um número significativo de artigos tem exaltado o grande potencial de programas voltados para a construção de relações parentais positivas que se utilizam da Visita Domiciliar (VD) como tecnologia assistencial (Larson, 2004, Shields & Pierce, 2006, Sieger & Renk, 2007). No Brasil, alguns programas já implementados visam promover o desenvolvimento infantil com foco na parentalidade por meio desta modalidade de assistência (Verchi, 2017, Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI], 2018). O Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC) é uma tecnologia construída para prestar assistência a adolescentes, em alta vulnerabilidade social, em sua primeira gestação, tendo como foco principal o fortalecimento da relação mãe/criança e o desenvolvimento de competências parentais por meio de VDs. Esta proposta de assistência se caracteriza pela promoção de práticas parentais positivas em adolescentes vulneráveis que engravidam e de estimulação ao Desenvolvimento Infantil (DI) de seus filhos, com base em iniciativas como o *Family Nurse Partnership*, desenvolvido nos EUA e Reino Unido e o *Minding the Baby*, nos EUA (Fracolli, Reticena, Abreu & Chiesa, 2018). As VDs, realizadas por Enfermeiras especialmente capacitadas, acontecem desde a 16ª semana de gestação até os 24 meses do bebê, sendo que ocorrem em média 17 na gestação. Foram estruturados protocolos para todas as VDs a partir das dimensões: Parentalidade; Cuidados com a Saúde; Saúde Ambiental; Curso de Vida e Rede Social & Família e a Escala de Apego Materno Fetal (EAMF) integra as VDs 6 e 14 da gestação. O PJMC é inédito no Brasil e tem uma relevância para construção da parentalidade positiva em contextos complexos, sobretudo vislumbrando a operacionalização do Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016).

A EAMF foi validada por Feijó (1999) com a finalidade de avaliar a evolução de apego da mãe com o feto e optou-se pelo seu uso durante a gestação uma vez que a assistência oferecida pelo PMJC pretende melhorar o vínculo mãe/bebê e é esperado que o padrão de apego aumente ao longo da gestação (Pinheiro, Pola, Silva, Chiesa & Fracolli, 2018).

Objetivo

Identificar a evolução do apego mãe/bebê durante a gestação no contexto do Programa Jovens Mães Cuidadoras.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quanti qualitativa, que utiliza como instrumento a EAMF aplicada nas VDs 6 e 14 durante a gestação, registradas no protocolo de visitas do PJMC. Foram sujeitos do estudo 15 adolescentes, residentes na zona oeste do município de São Paulo/Brasil, de um total de 29 incluídas no grupo intervenção que responderam a EAMF duas vezes.

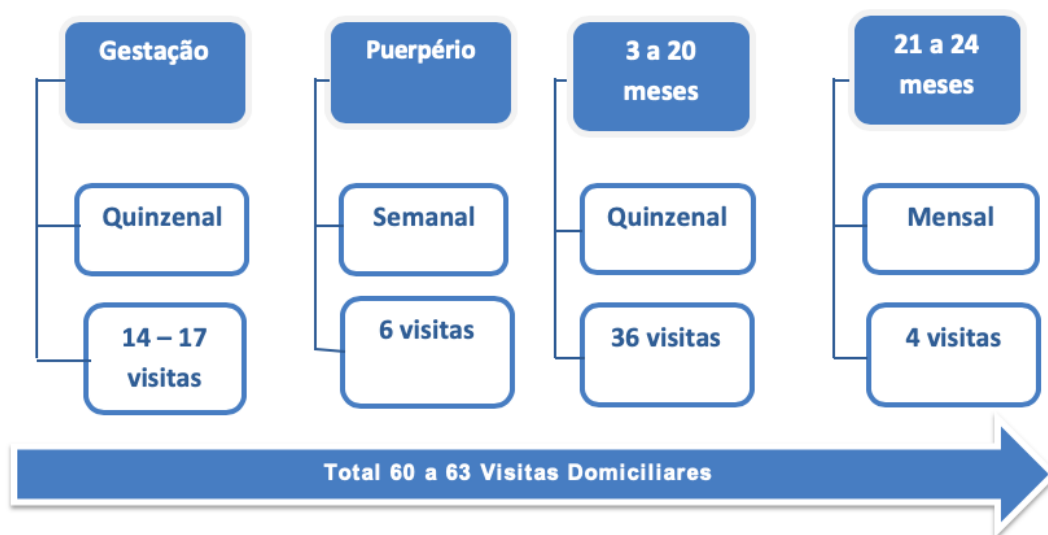
O PJMC foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem e do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo para ser implementado e testado na pesquisa “Os efeitos do programa de visitação para jovens gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo-piloto. Esta pesquisa teve início em agosto de 2015 e término em maio de 2018 (Fracolli, Reticena, Abreu & Chiesa, 2018).

Para participar do PJMC foram avaliadas para os critérios de elegibilidade 169 gestantes e 80 delas foram incluídas e aleatorizadas para grupo intervenção (cuidados usuais na UBS e VD, n = 40) e grupo controle (cuidados usuais da UBS, n = 40). Os critérios de inclusão aplicados foram: (a) idade de 14 a 19 anos, (b) primípara, (c) gestação entre 8-16 semanas, (d) baixo nível socioeconômico (classes C, D, E de acordo com a escala ABEP), e residente na região oeste da cidade de São Paulo. A aleatorização foi estratificada por tipo de unidade básica de saúde e anos de escolaridade da avó, para obtenção de grupos mais homogêneos.

Destinado a adolescentes vivendo em uma área urbana carente da cidade de São Paulo, o PJMC teve como objetivos: promover o desenvolvimento da primeira infância, melhorar os resultados da saúde (da mãe e da criança); promover relações sensíveis e responsivas da mãe para com a criança (parentalidade positiva); estimular interações cognitivas e emocionais entre mães e bebês (apego); melhorar e aprimorar a rede de apoio familiar e social e melhorar as capacidades individuais para o alcance de uma melhor inserção no trabalho e na vida das adolescentes (autoeficácia) por meio de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras capacitadas.

Para nortear as VDs, foi elaborado um Protocolo de Visitação tomando como referência os manuais de acompanhamento de Pré-natal e puerpério e Saúde da Criança do Ministério da Saúde. As enfermeiras contavam com um protocolo por período (gestação, puerpério, 2 a 12 meses e 13 a 24 meses do bebê) para cada família e nele também eram registrados todos os dados das visitas e intervenções específicas realizadas. No PJMC são previstas 17 VDs durante a gestação, num total de 63, até que o bebê complete dois anos, realizadas semanal ou quinzenalmente quando enfermeiras capacitadas abordam 5 dimensões de cuidado: Parentalidade; Cuidados com a Saúde; Saúde Ambiental; Curso de Vida e Rede Social & Família tendo como foco principal a relação mãe/criança, o desenvolvimento de competências parentais e o DI (Pinheiro, 2018). A figura 1 abaixo apresenta o esquema de VDs ao longo do PJMC:

Figura 1 – Esquema de VDs preconizadas no PJMC



Fonte: Protocolos do PJMC, São Paulo, 2015.

O presente estudo foi realizado a partir dos protocolos das VDs de gestantes que integraram o grupo intervenção do PJMC entre 2015 e 2018. O único critério de inclusão era responder a EAMF, aplicada na 6a. e 14a. VD. Das 40 gestantes deste grupo, somente 29 receberam a intervenção até o final do Programa e destas, 15 responderam a Escala duas vezes.

Foram levantados os registros, referentes aos dados socioeconômicos e aos escores obtidos na EAMF, realizados pelas enfermeiras nos protocolos das 15 gestantes selecionadas.

A EAMF elaborada por Mecca, (1981) é o único instrumento traduzido e validado para a população brasileira que aborda este tema. Ela avalia os comportamentos das gestantes inerentes à interação com o feto. De acordo com Tarelho e Perosa, (2001) esta escala avalia os comportamentos das mulheres grávidas representativos da sua ligação, afiliação e interação com o feto. Constituída em um instrumento com pontuação do tipo Likert, a escala contém 24 itens, com cinco respostas possíveis: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de 5 a 1, respectivamente. O item 22 tem pontuação invertida (Feijó, 1999). O escore total da escala é obtido com a soma da pontuação de cada item, assim, AMF mínimo corresponde aos escores de 0 a 47 pontos; AMF médio, escores de 48 a 71 pontos; e AMF máximo, escores de 72 a 120.

Os dados socio-economicos foram organizados no Quadro 1 e os escores da EAMF no Quadro 2.

Resultados e Discussão

O Quadro 1 abaixo descreve a caracterização socioeconômica dos sujeitos deste estudo:

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica dos sujeitos

ID	Idade	Raça	Natural	Estado Civil	Escolaridade	R.Familiar	Moradia	Nº.cômodos	S.Básico	Aceitação da Gravidez
1	19	Branca	Bahia	Solteira	EM Completo	Não sabe	Alvenaria	03	Sim	Não Informou
2	14	Parda	São Paulo	Solteira	F. Incompleto	Não sabe	Alvenaria	02	Sim	Sim
3	16	Parda	Pernambuco	Solteira	EM Incompleto	1098,00	Alvenaria	04	Sim	Sim
4	17	Negra	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	Não sabe	Alvenaria	07	Sim	Sim
5	18	Parda	São Paulo	Solteira	F. Incompleto	Não sabe	Alvenaria	03	Sim	Sim
6	19	Branca	São Paulo	Casada	F. Completo	Não sabe	Alvenaria	04	Sim	Sim
7	16	Parda	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	550,00	Alvenaria	05	Sim	Sim
8	17	Negra	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	5000,00	Alvenaria	04	Sim	Sim
9	18	Branca	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	1000,00	Alvenaria	03	Sim	Sim
10	15	Branca	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	950,00	Alvenaria	02	Sim	Sim
11	16	Branca	Bahia	Solteira	EM Incompleto	Não Sabe	Alvenaria	04	Sim	Sim
12	19	Branca	São Paulo	Solteira	F. Incompleto	2800,00	Alvenaria	05	Sim	Sim
13	14	Negra	São Paulo	Solteira	F. Incompleto	2000,00	Alvenaria	05	Sim	Sim
14	19	Branca	São Paulo	Solteira	EM Incompleto	1200,00	Alvenaria	05	Sim	Sim
15	18	Parda	São Paulo	U n i ã o Estável	F. Incompleto	1500,00	Alvenaria	02	Sim	Sim

As gestantes encontravam-se na faixa etária de 14 a 16 anos (40%) e de 15 a 19 anos (60%); treze (13) gestantes (86,6%) referiam ser solteiras embora 10 delas morassem com o companheiro; nasceram em São Paulo (80%) e tinham Ensino Médio Incompleto (53,3%). A renda familiar

variava entre 1SM (salário mínimo equivalente a R\$ 788 no ano de 2015) e 6 SM (renda média R\$1073,20), moravam em casa de alvenaria (93,3%) com acesso ao saneamento básico (100%). À exceção da gestante 1, todas as demais afirmaram ter aceitado a gravidez.

Espera-se que adolescentes entre 15 e 17 anos tenham de 8 a 10 anos de estudo (Ensino Fundamental completo e Ensino Médio completo) e que as adolescentes entre 18 e 19 anos tenham de 11 a 14 anos de estudo (Ensino Médio Completo e Ensino Superior incompleto). Importante ressaltar que 08 das 15 adolescentes já se encontravam em atraso escolar quando engravidaram. Um estudo sobre mães adolescentes brasileiras (Novellino, 2011) mostrou que renda baixa e atraso escolar são condições que favorecem a maternidade precoce. Segundo o autor, mães adolescentes tendem a desistir de completar os estudos, dentre outros porque as escolas não oferecem condições para que as frequentem ou porque os cuidados com o filho as impedem de desempenhar outras tarefas ou ainda por falta de perspectiva de uma colocação futura no mercado de trabalho. No mesmo estudo, mostrou-se que ter filhos entre 15 e 17 anos, era realidade para um pouco mais de 6% das adolescentes brasileiras nessa faixa etária. Em 2008, as mães-adolescentes entre 15 e 17 anos que viviam em domicílios com renda familiar de até 2 SM somavam 173.293 (3,47% de todas as adolescentes nesta faixa etária). A concentração de mães-adolescentes nos domicílios com renda familiar mais baixa pode comprometer o bem-estar da mãe e interferir na relação desta com seus filhos, o que leva à transmissão intergeracional da pobreza.

O Quadro 2 abaixo caracteriza as 15 gestantes acompanhadas pelo PJMC por idade, idade gestacional e apresenta os escores obtidos por elas na aplicação da EAMF na 6a e 14a visita domiciliar, por sub-escalas, e a classificação geral de apego que obtiveram. Destacadas em azul estão as sub-escalas que contribuíram para aumentar a pontuação total. As sub-escalas destacadas em amarelo são aquelas que contribuíram para diminuir a pontuação total do resultado da EAMF.

Quadro 2 – Caracterização das gestantes segundo idade, idade gestacional, escores obtidos nas sub-escalas da EAMF e classificação de AMF.

Gestantes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Idade em anos	19	14	16	17	18	19	16	17	18	15	16	18	14	19	18
Idade Gestacional	2 4 36	2 0 35	21 39	2 5 31	2 6 38	25 39	2 0 37	2 8 39	2 2 39	1 8 38	2 1 35	2 3 37	2 1 38	2 3 38	1 9 36
Sub escala 1 Diferenciando-se do feto	16 13	12 13	16 16	1 5 20	13 12	15 20	1 9 16	1 8 16	1 6 16	17 20	1 8 16	1 1 14	1 7 17	1 5 20	1 2 15
Sub escala 2 Interação com o feto	16 18	14 19	23 17	1 6 22	22 20	24 25	1 7 15	2 0 20	2 0 20	13 15	2 1 22	0 8 14	1 7 25	1 7 21	2 3 25
Sub escala 3 Atribuindo características ao feto	21 22	20 24	22 25	2 3 23	21 20	30 30	2 5 22	2 3 27	2 4 24	18 23	2 0 25	1 3 24	2 0 24	2 5 30	2 8 29
Sub escala 4 Entregando-se ao feto	21 23	18 20	25 25	2 2 20	25 20	24 25	2 4 17	1 9 23	2 1 21	1 1 12	2 2 20	1 5 11	1 7 16	2 2 20	2 0 20
Sub escala 5 Desempenhando um papel	13 16	16 16	18 20	1 9 18	18 12	20 20	2 0 18	1 9 20	1 6 16	17 20	1 6 16	1 2 16	2 0 20	1 9 20	2 0 15
SCORE TOTAL DA EAMF	87 92	80 92	1 0 4 103	95 103	99 84	1 1 3 120	1 0 5 88	9 9 106	9 7 97	7 7 100	9 7 99	5 9 79	9 1 102	9 8 111	1 0 3 104
Variações	+ 5 4,16 %	+12 10%	-1 0,83%	+8 6,66 %	- 15 12,5 %	+7 5,8%	-17 14%	+7 5,8%	0	+13 10,8 %	+2 1,66 %	+20 16,6 %	+11 9,16 %	+13 10,8 %	+1 0,83 %
	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MAX	MED MAX	MAX	MAX	MAX
Classificação do Apego									MAX						

Fonte: Protocolos do PJMC. São Paulo, 2015

Das 15 gestantes, 11 aumentaram o AMF, 03 diminuíram e 01 manteve o mesmo apego durante a gestação. Estes dados são apoiados pela literatura, que confirma um aumento do AMF com o avanço gestacional (Zeoti, 2011; Schmidt, 2009).

Independente das variações positivas ou negativas entre as aplicações da EAMF, os escores obtidos por 14 gestantes alcançaram apego máximo. A gestante 12 apresentou AMF médio na primeira aplicação da escala e ao final da gestação também alcançou AMF máximo, como resultado da assistência oferecida pela intervenção. Apesar da alta vulnerabilidade a que estavam expostas, as gestantes mantiveram AMF máximo ao final da gestação. Tais resultados são condizentes com a literatura que aponta AMF máximo entre primíparas que não vivenciam situação de vulnerabilidade social (Nichols, Roux & Harris, 2007). As subescalas 2 (interação com o feto) e 3 (atribuindo

características ao feto) mostraram ter influência positiva para as 11 gestantes que aumentaram o escore final da EAMF; e as subescalas 2 (interação com o feto), 4 (entregando-se ao feto) e 5 (desempenhando um papel) influenciaram negativamente as gestantes que tiveram escore final diminuído.

Um bom padrão de AMF pode ser bom preditor para um apego saudável entre mãe e bebê após o nascimento. É importante ressaltar que interações saudáveis nos primeiros anos de vida tem impacto positivo na construção de cidadãos. Boas vivências relacionais na infância constroem bases fortes de valores, habilidades cognitivas e sociais que serão determinantes para o sucesso pessoal e da humanidade como um todo. Estudos mostram que crianças com melhores oportunidades durante a infância estão relacionadas ao melhor desempenho acadêmico, maiores chances de ascensão social, menor propensão ao uso de drogas e criminalidade (NCPI, 2014; NCPI, 2016).

Conclusão

No contexto do PJMC foi verificada a ampliação do padrão de AMF pois, apesar da condição social vulnerável, as gestantes adolescentes mantiveram apego máximo ao final da gestação. Os escores da primeira aplicação da EAMF não são definitivos e devem ser considerados para monitorar a promoção de ações que tenham impacto favorável no desenvolvimento do AMF. Os resultados das subescalas podem ser de grande importância para a enfermeira focar o planejamento de ações de acordo com a necessidade de cada gestante, tornando as VDs únicas e mais interessantes para quem as recebe. A EAMF mostrou-se de grande valia como instrumental para apoiar o profissional a superar a visão da naturalização do apego materno.

Referências

- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia* (Natal), 17(3), 477-484. doi:10.1590/S1413-294X2012000300017
- Banditer, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (tradução de Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Nove Fronteira.
- Brasil. (2016). *Marco Legal para a Primeira Infância*. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.html.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014). *Estudo nº I: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem*. Recuperado de <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/o-impacto-do-desenvolvimento-na-pi-sobre-a-aprendizagem/>.
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2016). *Estudo nº II: Importância dos vínculos familiares na primeira infância*. Recuperado de <https://ncpi.org.br/publicacoes/importancias-vinculos-familiares/>.
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2018). *Estudo nº IV: Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância*. Recuperado de <https://ncpi.org.br/publicacoes/visita-domiciliar-como-estrategia-de-promocao-do-desenvolvimento-e-da-parentalidade-na-primeira-infancia/>.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (15), 677- 683. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16144>.doi:10.1590/S0104-11692007000400024
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Dalbem, J. X., Dell'Aglío, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J. & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(6):929-39.
- Fracolli, L. A., Reticena, K. O., Abreu, F. C. P., & Chiesa, A. M. (2018). The implementation of a home visits program focused on parenting: na experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03361. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017044003361>.
- Feijó, M. C. C. (1999) Validação Brasileira da “maternal-fetal attachment scale”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 51(4), 52-62.
- Larson, N. C. (2004). Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 457-476. 10.1023/B:CASW.0000043359.38426.b4.
- Nagata M., Nagai Y., Sobajima H., Ando T., Sishide Y. & Honjo S. (2000) Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand*, 101(3), 209-217.
- Nichols, M. R., Roux, G. M., & Harris, N. R. (2007). Mulheres primigestas e multigravídeas: perspectivas pré-natais. *The Journal of Perinatal Education*. 16(2), 21-32.
- Novellino, M. S. F.(2011). Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 21(1),299-318.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Pinheiro, D. G. M., Pola, T. B. C., Silva, C. F. A., Silva, L. A., Chiesa, A. M., & Fracolli, L. A. (2018) Validação de conteúdo do programa de visita domiciliar para a diáde mãe-criança. *Cogitare Enfermagem*. 23(2), e54055. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54055>
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. de L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 19(43), 211-220. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>.
- Sieger, K., & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *J Youth Adolescence*. 36(4), 567-581.

Shields, N., & Pierce, L. (2006). *Controversial issues surrounding teen pregnancy: a feminist perspective*. In: Holgate HR, Evans R, Yuen F, organizadores. *Teenage pregnancy and parenthood - global perspectives, issues and interventions*. London, Routledge. 129-48.

Solisbury, A., Law, K., LaGrase, L., & Lester, B. (2003) Maternal-fetal attachment. *Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1701.

Tarelho, L. G., & Perosa, G. B. (2001). O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de uma má-formação fetal. *Revista Paulista de Pediatria*, 19(2), 79-83.

Verchi, K. (2017). *Primeira Infância Melhor*. Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil. Banco Interamericano de desenvolvimento.

Zeoti, F. S. (2011). *Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo*. (Tese de Doutorado). Ribeirão Preto – SP. Recuperado de http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/12_04_2011__15_43_56__61.pdf.

Higiene do Sono em *Toodlers*

Catarina Saraiva Marinho(1); Margarida Reis Santos(2,3); Cândida Koch(2)

1. Doutoranda em Ciências de Enfermagem no ICBAS-UP; Centro Hospitalar Tondela-Viseu;

2. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 3. Investigadora do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)

Resumo

O sono é entendido como um importante indicador de saúde e um determinante da qualidade de vida. A duração do sono diminui com a idade, sendo variável entre as crianças. O tempo diário engloba o sono da noite e o das sesta.

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Amostra: pais de *toddlers* que frequentam creches no norte de Portugal. Instrumento de colheita de dados: questionário de autopreenchimento. Tratamento de dados com recurso ao IBM- SPSS 24.

Concluiu-se que durante a semana 30% das crianças dormiam mais de 11h por noite, aumentando esta percentagem para 56.7% durante o fim-de-semana. Dos que dormiam mais horas, a maioria tinha idade inferior a 24 meses. O número mínimo de horas de sono por noite era nove e o máximo treze. Relativamente à sesta da manhã, 26.7% faziam-na durante a semana e ao fim-de-semana. A sesta da tarde era realizada por todas as crianças durante a semana, e ao fim-de-semana por 90%. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,037$) quando comparada a idade do *toddler* com o total de sono diário durante a semana.

Estes dados indicam que as rotinas de vida familiar, durante a semana e fim-de-semana, podem ser uma influência importante na higiene do sono dos *toddlers*.

O sono desempenha um papel fundamental na recuperação da energia e no desenvolvimento físico e mental da criança, sendo de suma importância que o enfermeiro alerte os pais para este facto nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil.

Palavras-Chave: Higiene do sono; *toddlers*; pais.

Introdução

O sono é essencial para a saúde das pessoas e um sono saudável requer duração e tempo adequados, qualidade e regularidade, bem como ausência de perturbações. No entanto, o sono insuficiente

tornou-se comum nas sociedades modernas. Alguns autores definem o sono como um estado caracterizado por uma postura específica (olhos fechados, estar deitado), redução da atividade motora e interação diminuída com o ambiente (Mindell & Owens, 2010). É caracterizado por ser um período importante para a regeneração fisiológica geral e mais especificamente para alguns processos internos cerebrais (Owens, 2005).

O sono desempenha uma função complexa na vida da pessoa e é indispensável a todo o ser humano. A definição de sono é subjetiva e complexa.

Sabendo que definir ‘sono’ não é tarefa simples, seja sob o ponto de vista fisiológico, seja com base na descrição comportamental do indivíduo (cognitivo e psicológico), este foi considerado, durante muito tempo, um período de tempo em que o corpo e a mente se ‘desligavam’; um momento inativo, de interrupção das atividades diárias. Atualmente, fruto da evidência científica, o sono é considerado um estado ativo, fundamental para a saúde física e mental da pessoa e da família.

O sono é considerado uma situação transitória e reversível, que se alterna com a vigília, “(...) um fenómeno ativo, um estado fisiológico complexo e cíclico, onde ocorrem alterações nos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos” (Silva, Oliveira, & Inaba, 2011, p. 522). Ou seja, sabe-se que o sono está intimamente relacionado com a vigília, com o bom desempenho diário podendo ser considerado tão essencial como o comer e beber. Possibilita o repouso, a reorganização e o rejuvenescimento do corpo e do cérebro. Contudo, a sua importância não reside apenas na consolidação da memória, mas também, da visão binocular, da termorregulação, da conservação e da restauração da energia e do metabolismo energético cerebral (Müller & Guimarães, 2008). Trata-se de um estado de inconsciência do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais ou outros (Costa & Ceolim, 2011).

Embora o Homem passe cerca de um terço da sua vida a dormir, a função do sono, na sua totalidade, ainda é desconhecida (Worthman, 2008). Para além disso, só recentemente a investigação começou a identificar e a correlacionar os diferentes fatores genéticos e ambientais que podem influenciar a sua fisiologia e arquitetura, bem como o desenvolvimento de doenças associadas (Barclay & Gregory, 2013).

Dormir o número de horas adequado é uma questão de saúde pública determinante na saúde e no bem-estar da sociedade. Dormir pouco (ou muito) tem implicações na saúde individual, física, mental, cognitiva e psicológica.

Dias saudáveis e produtivos dependem de noites saudáveis e o sono é essencial para uma boa saúde física e mental. Estudos, realizados com crianças e adolescentes, demonstram um declínio na duração do seu sono e no aumento da frequência de problemas com ele relacionados, nomeadamente o cansaço, comparativamente com décadas anteriores (Kronholm et al., 2015; Matricciani, Olds, & Petkov, 2012).

Nos cinco primeiros anos de vida, 50% do tempo diário da criança é utilizado para satisfazer as necessidades de sono (Hoban & Cherwin, 2004). Pesquisas mais recentes sugerem que o sono saudável desempenha um papel importante no funcionamento diurno das crianças, sendo este entendido como um importante indicador de saúde, um determinante da qualidade de vida (Zee & Turek, 2006) e um dos pilares do desenvolvimento infantil (Touchette, Petit, Séguin, Boivin, Tremblay, & Montplaisir, 2007), influenciando todo o organismo. Quando insuficiente ou de má qualidade tem efeitos negativos nas diversas áreas do desenvolvimento emocional, social e cognitivo, afetando as crianças e as suas famílias (Owens, 2008; Petit, Montplaisir, Lavigne, Pennestri, & Dauvilieres, 2010; Thoman, 2005).

Relativamente aos ritmos circadianos, sabe-se que estão determinados desde o período perinatal, mas só após o período neonatal o sono apresenta ritmo circadiano (equivalente a 24 horas) (Nunes, 2002). O mesmo autor refere que na criança o sono decorre por ciclos, tendo cada ciclo uma duração de 50-60 minutos no recém-nascido, aumentando gradualmente e atingindo os 90 minutos na adolescência.

A duração do sono diminui com a idade (Owens, 2008), contudo esta diminuição é variável entre crianças. O tempo diário engloba o sono da noite e o das sesta (Vasconcelos et al., 2017).

Aos 12 meses, o sono noturno começa a consolidar-se, contudo a criança mantém necessidade de dormir durante o dia, realizando uma ou duas sesta, no meio da manhã e no início da tarde (Nunes, 2002). Os períodos de vigília vão aumentando gradualmente ao longo do dia, e um padrão de sono estável só emerge a partir desta idade (Salavessa & Vilariça, 2009).

Entre os dois e os três anos é atingido o percentual adulto de sono REM (movimento rápido dos olhos), devendo este constituir no máximo 25% do tempo total em sono (Owen, 2008). Nesta idade a criança pode realizar longos períodos de sono noturno, que podem ultrapassar as 10 horas. Muitas, ainda, apresentam necessidade de uma ou duas sesta diurnas que, habitualmente, não ultrapassam um total de duas horas. A sesta matinal em geral desaparece no segundo ano de vida e a da tarde entre o terceiro e o quarto ano de vida (Kahn, 2004).

Alguns autores referem que a quantidade e a qualidade do sono estão positivamente associadas com a aprendizagem e a saúde da criança, inversamente uma duração mais curta do sono tem efeitos negativos sobre a sua saúde e bem-estar social (Bell & Zimmerman, 2010).

Existem organizações que ressaltam a importância do estudo do sono e que definem um padrão de sono normal na infância (Hirshkowitz et al, 2015; Jurado, 2016; Tremblay et al., 2016; Vasconcelos et al., 2017). Relativamente aos *toddlers*, a National Sleep Foundation, refere como ideal dormir entre 11 a 14h por dia, embora seja aceitável dormir entre 9-10h, enquanto Hirshkowitz e colaboradores (2015) sugerem 15-16h.

Dada a importância do sono, a National Sleep Foundation, dos EUA, em 2014, divulgou os períodos de sono recomendados em função da idade das crianças (Tabela 1). Estas recomendações foram corroboradas pela OMS (WHO, 2019)

Tabela 1 - Recomendações sobre o número de horas de sono em função da idade da criança

Idades	Horas de sono recomendadas
0 a 3 meses	De 14 a 17 horas
4 a 11 meses	De 12 a 16 horas
1 a 2 anos	De 11 a 14 horas
3 a 5 anos	De 10 a 13 horas

Fonte: National Sleep Foundation (2014)⁴; WHO (2019, p. 10)

Estudos epidemiológicos observaram mudanças significativas e uma variabilidade individual do sono com repercussões no desenvolvimento das crianças (Galland, Taylor, & Elder, 2012; Magee, Gordon, & Caput, 2014). A importância do sono na primeira infância manifesta-se através da sua associação com muitos fatores importantes do desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento da linguagem (Dionne, Touchette, Forget-Dubois et al., 2011; Horvath, Myers, Foster, & Plunkett, 2015), da memória (Gomez & Edgin, 2015; Seehagen, Konrad, Herbert, & Schneider, 2015), o funcionamento executivo (Bernier, Beauchamp, Bouvette-Turcot, Carlson, & Carrier, 2013), a atenção e o comportamento (Sadeh, De Marcas, Guri, Berger, Tikotzky, & BarHaim, 2015).

Um estudo realizado no Canadá refere que, infelizmente, a privação e os distúrbios do sono são altamente prevalentes entre crianças e adolescentes. De acordo com os registos de pediatras, estes

⁴Disponível em: <https://sleepfoundation.org/media-center/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>.

estão em quinto lugar no que respeita às preocupações dos pais; a seguir às doenças físicas, alimentação, problemas comportamentais e deficiências físicas (Mindell, Boaz, Joffe, Curtis, & Birley, 2004). São vários os problemas a este nível que afetam as crianças e podem ser classificados em três categorias principais: insónia, sonolência diurna excessiva e parassónias (Owens, Jones, & Nash, 2011).

A dificuldade no início do sono, é a queixa mais frequente, relacionada com o sono, em crianças até aos cinco anos, a frequência, deste problema, vai diminuindo ao longo do tempo.

A demora em adormecer, a resistência na hora de ir para a cama, o sono inadequado, interrompido ou de má qualidade, resultam numa duração inadequada do sono. Evidências atuais, sobre higiene do sono em idade pediátrica, sugerem como benéfico, a utilização de regras acerca da hora de dormir e o estabelecimento de limites, de forma clara e assertiva (Salavessa & Vilariça, 2009).

Como falado anteriormente, as parassónias, são outro problema, que diz respeito a comportamentos indesejáveis que ocorrem durante o sono ou nas transições entre o sono e o despertar, entre os quais se encontram o sonambulismo, bruxismo, terrores noturnos e também enurese noturna (France et al, 2004). Acebo e colaboradores (2005), concluíram que o despertar noturno é uma situação comum na infância, 20% das crianças acordam pelo menos uma vez por noite e cerca de 50% pelo menos uma noite por semana.

A capacidade da criança voltar a adormecer, após o despertar noturno, sem a intervenção dos pais é uma indicação de desenvolvimento saudável do sono. Se a criança não adquirir essa habilidade, uma forma de insónia (distúrbio do sono) pode desenvolver-se (Gruber & Cassoff, 2014).

Os processos do sono são afetados por estímulos externos. São vários os fatores de estilo de vida modernos que afetam os mecanismos do sono, estimulando o horário de dormir mais tardio e mais horas de despertar noturno que atrapalham e diminuem o tempo de sono. Entre eles, incluem-se tecnologias modernas associadas à exposição excessiva à luz e estimulação excessiva, aspetos do ambiente físico (por exemplo, qualidade do ar, ruído excessivo e temperaturas extremas) que impedem o sono e revelam a baixa prioridade dada ao dormir pelas famílias e pela sociedade em geral.

Como já referido, a privação do sono é uma realidade na faixa etária dos *toddlers* e apesar de estar associada a inúmeros problemas de saúde física e mental e a riscos de lesões ao longo da vida, a insuficiência do sono nesta fase da vida é pouco reconhecida como um problema de saúde pública.

Para prevenir estas situações nas crianças os enfermeiros devem:

- 1) realizar educação para a saúde, sobre sono, aos pais dos *toddlers*;
- 2) identificar padrões de sono pouco adequados;
- 3) aconselhar sobre os benefícios do sono adequado;
- 4) identificar de fatores que contribuem para o sono não adequado.

Importa referir ainda que o termo “higiene do sono” inclui alterações no ambiente do sono, práticas e rotinas dos pais e da criança benéficas a um sono de boa qualidade e de duração suficiente. Compreende também a prática de atividades no período de vigília que promovam a chegada do momento do sono, de forma a proporcioná-lo (Halal & Nunes, 2014).

Considerando a importância do sono para a qualidade de vida das crianças, este estudo visa analisar o padrão de sono num grupo de *toddlers*.

Material e Métodos

Estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Colheita de dados realizada entre janeiro e junho de 2017 com o objetivo de testar os instrumentos que serão utilizados num estudo que pretende avaliar os conhecimentos parentais sobre os hábitos alimentares, de atividade física e sono em *toddlers*.

O instrumento de colheita de dados foi um questionário de autopreenchimento: “Questionário dos hábitos alimentares, de atividade física e de sono dos *toddlers*”. Os dados foram tratados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24.

A amostra foi constituída por 30 pais e mães de *toddlers* (33,3% e 66,7%, respetivamente) que frequentavam creches no norte de Portugal. Maioritariamente (56,7%), os *toddlers* eram do sexo masculino e apresentavam idades compreendidas entre 13 e 36 meses (M=24,83 meses).

Resultados e Discussão

Concluiu-se que durante a semana 30% das crianças dormiam mais de 11h por noite, aumentando esta percentagem para 56.7% durante o fim-de-semana. Dos que dormiam mais horas, quer à semana quer ao fim-de-semana (23.4% e 36.7%, respetivamente), a maioria tinha idade inferior a 24 meses. O número mínimo de horas de sono por noite era nove e o máximo treze. Relativamente à sesta da manhã, 26.7% faziam-na durante a semana e ao fim-de-semana (26.7%). A sesta da tarde

era realizada por todas as crianças durante a semana, e ao fim-de-semana por 90%. Verificou-se ainda, que apenas uma criança, com 15 meses, dormia mais do que o recomendado (17h30 por dia) durante o fim-de-semana.

Concluiu-se que a hora de deitar se situava entre as 21 e as 22h em 83,3% dos casos durante a semana e em 93,3% ao fim-de-semana, e que 60% das crianças acordavam antes das 8 horas durante a semana, enquanto ao fim-de-semana 86,7% acordavam depois das 8 horas. O tempo total de sono diário oscilava entre as 11-16 horas durante a semana, e as 10-17h30 horas durante o fim-de-semana.

Os dados obtidos no nosso estudo no que concerne à duração de sono noturno (10h durante a semana e 11 horas ao fim-de-semana) corroboram os de Mindell, Leichman, Composto et al. (2016), que num estudo realizado para avaliar os padrões de sono de lactentes e crianças até aos três anos de idade concluíram que a duração do sono noturno era de cerca de 10,30 horas.

Relacionando o tempo total de sono com o sexo não se observaram diferenças estatisticamente significativas, mas comparando a idade do *toddler* com o total de horas de sono diário, durante a semana, encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,037$), verificando-se que eram as crianças do sexo masculino que dormiam mais horas.

Face aos resultados obtidos pensamos poder afirmar que as rotinas de vida familiar, durante a semana e fim-de-semana, podem ser uma influência importante para a higiene do sono dos *toddlers*.

Conclusões

A qualidade do sono é determinante para o bem-estar das crianças e para otimizar o desempenho na realização das suas atividades. É igualmente relevante para a recuperação da energia, equilíbrio metabólico e para o seu desenvolvimento físico e mental, sendo de suma importância que os pais tenham consciência destes benefícios para alterarem algumas práticas prejudiciais, tendo como objetivo melhorar o sono do seu filho.

O enfermeiro nas suas ações de educação para a saúde deve ensinar os pais sobre as vantagens de manterem rotinas, por exemplo: no horário para deitar e despertar as crianças; escolha do local apropriado para iniciar o sono e tentar que a criança adormeça sozinha na sua cama. Considerando que as rotinas da vida familiar, diferentes entre a semana e o fim-de-semana, podem ter uma influência importante na higiene do sono dos *toddlers*, é, igualmente, fundamental que, nas

consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, alerte os pais para a importância de não alterarem as rotinas de sono da criança.

Referências

- Acebo, C., Seifer, R., & Carskadon, M. (2005). Experimental restriction of sleep opportunity in children: effects on teacher ratings. *Sleep*, Dec; 28(12),1561-7.
- Barclay, N., & Gregory, A. (2013). Quantitative genetic research on sleep: a review of normal sleep, sleep disturbances and associated emotional, behavioural, and health-related difficulties. *Sleep medicine reviews*, 17(1), 29-40.
- Bell, J., & Zimmerman, F. (2010). Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *ArcVHes of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Sep; 164(9), 840-5.
- Bernier, A., Beauchamp, M., Bouvette-Turcot, A., Carlson, S., & Carrier, J. (2013). Sleep and cognition in preschool years: Specific links to executive functioning. *Child Development*, Sep-Oct; 84(5), 1542-53.
- Costa, S., & Ceolim, M. (2011). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 46-52.
- Dionne, G., Touchette, E., Forget-Dubois, N. et al. (2011). Associations between sleep-wake consolidation and language development in early childhood: A longitudinal twin study. *Sleep*, Aug 1; 34(8), 987-95.
- Gruber, R., & Cassoff, J. (2014). The Interplay Between Sleep and Emotion Regulation: Conceptual Framework Empirical Evidence and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 16, 500. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0500-x>
- France, K. et al. (2004). Serviços e programas comprovadamente eficazes para o manejo de perturbações e distúrbios pediátricos do sono e seu impacto sobre o desenvolvimento social e de crianças pequenas. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*, Sep, 69-75.
- Galland, B., Elder, D., & Taylor B. (2012). Interventions with a sleep outcome for children with cerebral palsy or a post-traumatic brain injury: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, Dec;16(6), 561-73.
- Gómez, R., & Edgin, J. (2015). Sleep as a window into early neural development: Shifts in sleep-dependent learning effects across early childhood. *Child Development Perspectives*, Sep; 9(3), 183-9.
- Halal, C.S., & Nunes, M.L. (2014). Education in children's sleep hygiene: Which approaches are effective? A systematic review. *The Journal of Pediatrics*, 90(5), 449-56. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.05.001.
- Hirshkowitz, M. et al. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-3.
- Hoban, T., & Cherwin, R. (2004). Distúrbios do sono em crianças pequenas: Impactos sobre o desenvolvimento socioemocional e opções de tratamento. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. [on-line]. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/sono/segundo-especialistas/disturbios-do-sono-em-criancas-pequenas-impactos-sobre-o-desenvolvimento>.
- Horvath, K., Myers, K., Foster, R., & Plunkett, K. (2015). Napping facilitates word learning in early lexical development. *Journal Sleep Reserch*, 24(5), 503-9. doi: 10.1111/jsr.12306.
- Jurado, L.M. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, Oct; 63(2), S1-S27.

- Kahn, A. (2004). WHO technical meeting on sleep and health: Sleep characteristics and sleep deprivation in infants, children and adolescents. Paper presented at the WHO technical meeting on sleep and health, Bonn Germany.
- Kronholm, E. et al (2015). Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. *Journal Sleep Research*, 24, 3-10.
- Magee, C.A., Caputi, P., & Iverson, D.C. (2014). Short sleep mediates the association between long work hours and increased body mass index. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 1235-55.
- Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, Jun; 16(3), 203-11.
- Mindell, J.A., & Owens, J.A. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. (2nd ed.) Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Mindell, J., Boaz, A., Joffe, M., Curtis, S., & Birley, M. (2004). Evidence based public health policy and practice: Enhancing the evidence base for health impact assessment. *Journal of Epidemiology Community Health*, 58, 546-55.
- Mindell, J., Leichman, E., Composto, J. et al. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, Oct; 25(5), 508-16.
- Müller, M.R., & Guimarães, S.S. (2008). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 519-28.
- National Sleep Foundation (2019). Sleep in America Poll. Washington: National Sleep Foundation. Disponível em: <https://sleepfoundation.org/media-center/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>.
- Nunes, M. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria*, 78(1), S63-S72.
- Owens, J. (2005). The ADHD and sleep conundrum: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, Aug; 26(4), 312-22.
- Owens, J. (2008). Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Primary Care: Clinics in office practice*, 35(3), 533-46.
- Owens, J., Jones, C., & Nash, R. (2011). Caregivers' knowledge, behavior, and attitudes regarding healthy sleep in young children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-50.
- Petit, D., Montplaisir, J., Lavigne, G., Pennestri, M., & Dauvilieres Y., (2010). Periodic leg movements during sleep and wakefulness in narcolepsy. *Journal of Sleep research*, 16(3), 333-9.
- Sadeh, A., De Marcas, G., Guri, Y., Berger, A., Tikotzky, L., & Bar-Haim, Y. (2015). Infant sleep predicts attention regulation and behavior problems at 3-4 years of age. *Developmental Neuropsychology*, 40(3), 122-37.
- Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 584-91.
- Seehagen, S., Konrad, C., Herbert, J., & Schneider, S. (2015). Timely sleep facilitates declarative memory consolidation in infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Feb 3; 112(5), 1625-9.
- Silva, L., Oliveira, M., & Inaba, W. (2011). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista Eletrônica de enfermagem*, Jul/Set; 13(3), 521-8.
- Thoman, E. (2005). *Sleep-wake states as a context for assessment, as components of assessment, and as assessment*. In: Singer LT, Zeskind PS, eds. Behavioral assessment of the infant. New York, NY: Guilford Press, 125-48.
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J., Boivin, M., Tremblay, R., & Montplaisir, J. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213-9.
- Tremblay, M. et al. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 41, S311-27

- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R., & Paiva, T. (2017). Recomendações sps-spp: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados.
- World Health Organization [WHO]. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. ISBN 978-92-4-155053-6.
- Worthman, C. (2008). After dark: the evolutionary ecology of human sleep. In: Trevathan WR, Smith EO, McKenna JJ. *Evolutionary Medicine and Health*. Oxford: *Oxford University press*, 291-313.
- Zee, P., & Turek, F. (2006). Everywhere and in Both Directions. *The JAMA network*, 166(16), 1686-8.



Ciências da Nutrição | Nutrition Sciences

Expectativas e Motivações de Pais para Inclusão dos Filhos em Programa de Enfrentamento à Obesidade Infantil

Christina César Praça Brasil (1); Ana Maria Fontenelle Catrib (1); José Eurico de Vasconcelos Filho (1); Dayanna Magalhães dos Reis (2); Jéssica Soares de Oliveira Reis (1); Naiana Anchieta Mendes Melo (1); Ilana Nogueira Bezerra (2)

1. Universidade de Fortaleza

2. Universidade Estadual do Ceará

Resumo

O mundo moderno e as mudanças no estilo de vida das famílias levaram a obesidade infantil a atingir proporções epidêmicas, o que requer enfrentamento. Nesse cenário, emergem intervenções englobando novas tecnologias e o contexto familiar para o manejo da obesidade. O objetivo deste estudo consiste em verificar as motivações dos pais para a participação dos filhos no projeto OCARIOt. Realizou-se uma pesquisa multicêntrica e interdisciplinar, cujo produto será um aplicativo móvel, personalizado e gamificado para crianças, envolvendo família e escola. Em junho de 2018, os pesquisadores aplicaram, com 138 pais de crianças de 9 a 12 anos, em duas escolas privadas brasileiras, Brasil, o “Formulário de intenção de participação dos filhos no projeto OCARIOt”, visando conhecer a população em estudo e as expectativas dos pais quanto a participação dos filhos no estudo. A maioria das crianças era do sexo feminino, com média de idade de 9,7 anos (DP = 0,82), 63,8% praticavam atividade física e 92% tinham acesso a smartphones. As motivações expressas pelos pais para a participação dos filhos no projeto relacionam-se a aquisição de hábitos saudáveis; promoção da saúde e prevenção de doenças; aquisição de conhecimento, relevância do projeto e colaboração com a pesquisa; preocupação do peso; e interesse em tecnologia. Conclui-se que há uma preocupação dos pais com os hábitos de vida atuais dos filhos e suas implicações na saúde, além de evidenciar que a proposta do projeto OCARIOt desperta o interesse e está alinhada com as expectativas das famílias.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Educação em Saúde; Comportamento Alimentar; Tecnologia Biomédica.

Introdução

Os avanços no mundo moderno, marcado pelo acelerado desenvolvimento econômico e a globalização, contribuíram para melhorar o padrão de vida da população, incluindo maior acesso a

alimentos diversificados. Contudo, esse cenário acarretou mudanças no estilo de vida das pessoas, destacando-se: padrões dietéticos inadequados, diminuição da atividade física, e aumento correspondente das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a obesidade (World Health Organization [WHO], 2003).

A obesidade infantil atinge proporções epidêmicas em diversos países, sobretudo naqueles de renda baixa e média, representando um desafio urgente de saúde pública (WHO, 2016b). Em quatro décadas, a prevalência global de obesidade aumentou em mais dez vezes entre crianças e adolescentes, passando de 0,7% para 5,6%, em meninas, e de 0,9% para 7,8%, em meninos (NCD Risk Factor Collaboration, 2017).

Barlow (2007) afirma que a infância é uma das fases mais oportunas para prevenir a obesidade; entretanto, seu manejo é mais complexo quando comparado à fase adulta. Isto se deve ao fato de envolver mudanças de hábitos e disponibilidade, não somente por parte da criança, mas também da família (Moore, Wilkie & Desrochers, 2016). Resultados de uma meta análise enfatizaram que intervenções para o enfrentamento da obesidade infantil têm melhores resultados quando envolvem a família, pois as crianças são fortemente influenciadas pelos hábitos dos pais. Portanto, é essencial que estes sirvam de modelo para os filhos, adotando uma alimentação saudável e a prática de atividade física como estilo de vida (Bahia et al., 2018).

Sabendo da complexidade multifatorial que envolve a obesidade infantil e da necessidade de mudanças comportamentais duradouras, é essencial que as ações de enfrentamento do problema envolvam o ambiente da criança, o que inclui a família, a escola e a comunidade (Valerio et al., 2018). Ademais, a utilização de estratégias inovadoras, motivacionais e atraentes também são bem-vindas para trazer resolubilidade nesse contexto (Wang et al., 2015).

O uso de tecnologias, a exemplo da internet das coisas - *Internet of things* – IoT (Jagadeeswari, Subramaniaswamy, Logesh, & Vijayakumar, 2018), e da mobile health - mHealth (WHO, 2016a), proporcionam um cuidado personalizado em saúde, mostrando efeitos promissores sobre comportamentos relacionados ao peso (alimentação, prática de atividade física e sono) e ao perfil antropométrico de crianças e adolescentes (Turner, Spruijt-Metz, Wen, & Hingle, 2015; Yang et al., 2017; Timpel et al., 2018).

Para que as tecnologias sejam bem utilizadas e surtam os efeitos esperados, é necessário avaliar uma série de elementos, que partem das motivações até a sua facilidade de uso e interatividade. Nesta perspectiva, a motivação diz respeito a um impulso que leva as pessoas a agirem para o

alcance de seus objetivos, incluindo fenômenos de ordem emocional, biológica e social, os quais são capazes de auxiliar no início, direcionamento e manutenção de comportamentos associados ao cumprimento de objetivos (Todorov & Moreira, 2005).

Nessa perspectiva, o projeto ‘Smart childhood Obesity CARing solution using IoT potential’ (OCARIoT) propõe conceber uma solução tecnológica baseada em Internet das Coisas e *mHealth* para o enfrentamento da obesidade infantil. Para isso, realiza-se um projeto de três anos junto a crianças de 9 a 12 anos, educadores e pais, no intuito de conceber e desenvolver uma ferramenta que possibilite uma estratégia de coaching personalizado, auxiliando as crianças a monitorarem e melhorarem seus hábitos alimentares e a atividade física. Esta ação realiza-se em escolas de três países – Brasil, Espanha e Grécia - sendo, no Brasil, desenvolvida em duas instituições privadas.

Diante do exposto, acredita-se que o conhecimento dos interesses dos pais e das crianças em participar do projeto pode apontar para as melhores estratégias de intervenção junto ao público-alvo, o que justifica a realização desta pesquisa. Assim, o objetivo deste artigo consistiu em verificar as motivações dos pais para a participação dos filhos no projeto OCARIoT.

Métodos

O OCARIoT constitui um estudo multicêntrico, que se encontra em desenvolvimento, de janeiro de 2018 a dezembro de 2020, simultaneamente, no Brasil, na Grécia e na Espanha. Conta, ainda, com o apoio de Portugal em atividades relacionadas ao desenvolvimento tecnológico e ao suporte à pesquisa. O projeto resulta de uma iniciativa da Rede Nacional de Pesquisa (RNP Brasileira) e da União Europeia que apoiam o desenvolvimento de tecnologias de aplicação da rede de IoT em eixos prioritários, como a saúde. A pesquisa conta com a participação de 14 instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento, e dispõe de uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais da saúde, da comunicação e da tecnologia.

O principal objetivo do OCARIoT é fornecer uma solução inteligente, sofisticada, não invasiva, discreta e personalizada via aplicativo para dispositivos móveis, baseada em IoT, Inteligência Artificial e estratégias de gamificação que oriente as crianças de 9 a 12 anos para a adoção de comportamentos alimentares, psicológicos e físicos saudáveis.

O produto contará com a utilização de sensores e smartphones que juntos irão coletar informações sobre alimentação, comportamento sedentário, condições psicológicas, sono, atividade física e gasto

calórico. Esta rede permitirá acompanhar a evolução da saúde do usuário, gerar perfis de saúde e personalizar uma ferramenta gamificada que auxilie no manejo de comportamentos relacionados ao peso em crianças, envolvendo ainda a família e a escola em uma experiência lúdica de educação em saúde.

Para a execução do projeto em sua totalidade, o OCARIoT conta com um plano de trabalho conciso e bem delineado, tendo como uma de suas primeiras atividades em campo o recrutamento dos participantes. No Brasil, esta etapa ocorreu em junho de 2018 e foi executada por pesquisadores da equipe de educação em saúde do projeto.

Nessa ocasião, os pesquisadores aplicaram presencialmente, em duas escolas particulares situadas na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, o “Formulário de intenção de participação dos filhos no projeto OCARIoT”, com um grupo de pais ou responsáveis de crianças de 9 a 12 anos, visando conhecer a população-alvo do estudo, o cenário de realização da pesquisa e as motivações dos pais ou responsáveis para que os filhos compusessem a amostra do estudo. Para isso, foram agendadas reuniões nas duas instituições para que fossem dadas as primeiras informações sobre o projeto, quando foi feita a captação dos participantes.

O formulário foi elaborado por pesquisadores das áreas de saúde e educação e englobava questões referentes à criança (idade, nível de escolaridade, prática e frequência de atividade física e uso de smartphones), além das motivações dos pais para a criança participar do projeto. O campo de preenchimento das motivações era aberto, assim os responsáveis puderam elencar quantas motivações acharam pertinentes.

Realizou-se análise descritiva das variáveis em estudo, sendo as numéricas apresentadas por meio de média e desvio padrão e as categóricas por frequências simples e percentuais. Já as motivações foram agrupadas em cinco categorias, quais sejam: 1. aquisição de hábitos saudáveis (nutrição e atividade física), 2. promoção da saúde e prevenção de doenças; 3. aquisição de conhecimento, relevância do projeto e colaboração com a pesquisa; 4. preocupação com o peso; e 5. interesse em tecnologia. Destaca-se que cada uma das motivações expressas foram alocadas em uma categoria, de acordo com a afinidade com a ideia central. Por fim, elaborou-se um ranking com o número de vezes que cada categoria foi citada.

O projeto OCARIoT recebe financiamento do Ministério de Ciência Tecnologia e Inovação por meio da RNP (nº 3007), e do programa de pesquisa e inovação Horizon 2020 da União Europeia (nº

777082) e foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 2.647.930, respeitando-se os preceitos éticos em pesquisas com seres humanos.

Resultados

Um grupo de 138 pais responderam ao “Formulário de intenção de participação dos filhos no projeto OCARIoT”, manifestando interesse dos filhos comporem a amostra do estudo. A maioria das crianças era do sexo feminino, com média de idade de 9,7 anos (DP = 0,82), cursando o 4º ano do ensino fundamental e que praticavam alguma atividade física, de uma a três vezes por semana. Ainda segundo os pais, a maior parte das crianças tinha acesso a smartphones e/ou tablets na sua rotina diária (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e prática de atividade física de estudantes interessados em participar do Projeto OCARIoT.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	64 (46,4%)
Feminino	74 (53,6%)
Série	
4º ano	57 (41,3%)
5º ano	55 (39,9%)
6º ano	26 (18,8%)
Acesso a smartphone/tablet	
Sim	127 (92%)
Não	11 (8,0%)
Atividade física	
Sim	88 (63,8%)
Não	50 (35,5%)
Frequência de atividade física dos praticantes	
≤ 3 vezes/semana	71 (80,3%)
> 3 vezes/semana	15 (35,5%)
Total	138 (100%)

Foram citadas 217 motivações dos pais ou responsáveis para a participação dos filhos no projeto OCARIoT, as quais foram distribuídas em cinco categorias. A maior parte dos respondentes (94%) apontou, no mínimo, uma motivação, sendo as mais citadas aquelas relacionadas às categorias

“aquisição de hábitos saudáveis (nutrição e atividade física)” e “promoção da saúde e prevenção de doenças”. As motivações que menos apareceram foram as relacionadas ao “interesse em tecnologia” (Quadro 1).

Quadro 1 – Ranking das categorias das motivações expressas pelos pais entrevistados no Projeto OCARIoT.

Categorias	Nº de vezes que foi citada
1º. Aquisição de hábitos saudáveis (nutrição e atividade física)	76
2º. Promoção da saúde e prevenção de doenças	57
3º. Aquisição de conhecimento, relevância do projeto e colaboração com a pesquisa	49
4º. Preocupação com o peso	23
5º. Interesse em tecnologia	12
TOTAL DE MOTIVAÇÕES	217

Discussão

Na categoria mais citada pelos pais como motivação principal para que seus filhos participassem do estudo, encontra-se a aquisição de hábitos saudáveis (nutrição e atividade física), demonstrando que os pais ou responsáveis têm interesse nessa temática e reconhecem a importância da alimentação saudável para a vida das crianças e a qualidade de vida de um modo geral.

A maneira de alimentar-se e a prática de atividade física são fatores precursores para a mudança de hábitos de vida. De acordo com Ferreira, Dietrich e Pedro (2015), o exercício físico é considerado uma categoria de atividade planejada, estruturada e repetitiva. A aptidão física, por sua vez, é uma característica do indivíduo que adiciona potência aeróbica, força e flexibilidade.

Assim, a prática da atividade física é um dos principais elementos do estilo de vida, visto que a associação entre as condições de saúde e a prática de atividade física tem, na maioria dos estudos, demonstrado aspectos positivos. A realização de exercícios físicos regulares correlaciona-se à melhor qualidade de vida e a prevenção de doenças em todas as fases do ciclo de vida do ser humano (Miles, 2007; Ferreira et al., 2015). A atividade física, mesmo que espontânea, é importante na composição corporal, por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade, segundo Matsudo, Paschoal e Amancio (2003).

A atividade física tem sido incentivada e implementada em diversos programas de promoção da saúde, o que inclui a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, a prevenção e o controle de doenças

(Ferreira et al. 2015). Dentre os seus benefícios para a saúde da criança e do adolescente, podem ser citados: controle do peso, com a conseqüente redução do risco de obesidade; melhor controle dos níveis glicêmicos; promoção do bem-estar; redução do estresse, da ansiedade, da depressão; entre outros (Silva & Costa, 2011).

Além da prática de atividade física, os hábitos de vida saudáveis também perpassam pelas questões relacionadas aos hábitos alimentares. A literatura mostra que os comportamentos alimentares de crianças e adolescentes são fortemente influenciados pelos pais e definem os padrões alimentares que poderão estar presentes em outras fases da vida (Melo, Cruz, Brito, & Pinho, 2017).

Observa-se a elevada prevalência de obesidade infantil em países desenvolvidos e em desenvolvimento, estando em vários estudos esse fato associado às influências do ambiente em que a criança vive, diante da oferta excessiva de alimentos, da oferta de alimentos inadequados e do estilo de vida da própria família (Lobstein et al., 2015; Ng et al., 2014). Assim, a inclusão de ações de enfrentamento da obesidade infantil não devem albergar somente as crianças, mas todos aqueles que compõem o seu círculo de convivência.

O estudo das motivações dos pais relacionadas a esses aspectos pode auxiliar na identificação de crianças e adolescentes em risco de obesidade, visto que essa população tende a ficar obesa quando sedentária, além do que a obesidade poderá fazê-la ainda mais sedentária.

Na segunda categoria de motivações mais citada, encontra-se o interesse dos pais em inserir os filhos no projeto almejando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que inclui diretamente a prevenção da obesidade e a melhoria da qualidade de vida das crianças. A preocupação dos pais em prevenir a ocorrência de possíveis doenças decorrentes da obesidade alinha-se aos achados de Silveira, Colugnati, Cocetti e Taddei (2014), visto que a obesidade na infância está relacionada a várias complicações, como também a uma maior taxa de mortalidade na vida adulta. Quanto mais tempo o indivíduo se mantém obeso, maior é a chance das complicações ocorrerem, assim como mais precocemente (Melo et al., 2017).

Uma revisão sistemática (Silva et al. 2018) evidenciou que os aspectos mais investigados pelos estudos sobre o comportamento sedentário na infância e na adolescência no Brasil foram assistência à TV e tempo de tela. Costumes sedentários, como assistir televisão, jogar video game, usar computadores, tablets e/ou smartphones levam a uma diminuição do gasto calórico diário, podendo incidir na redução importante da taxa de metabolismo de repouso. Outro estudo de revisão sistemática (Guerra, Farias, & Florindo, 2016) sobre o comportamento sedentário em crianças e

adolescentes brasileiros mostra, entre outros aspectos, que há uma frequente associação entre o elevado peso corporal e a reduzida atividade física com o comportamento sedentário em várias regiões brasileiras. As evidências bibliográficas mostram, ainda, que a mensuração do comportamento sedentário deve ser feita para além do tempo de tela (tempo em que as crianças dedicam-se a atividades televisivas, com smartphones, tablets ou outros recursos tecnológicos), albergando outros elementos que podem levar a uma diminuição do gasto calórico diário.

As categorias “aquisição de conhecimento, relevância do projeto e colaboração com a pesquisa” e “preocupação com o peso” apontam para a preocupação dos pais em aprenderem mais sobre o tema obesidade, sobre a importância que atribuem à causa defendida pelo projeto OCARIoT e a vontade em colaborar. Os pais, ao expressarem as motivações desta categoria, mostram os significados que atribuem ao enfrentamento da obesidade infantil, buscando a sua inserção no projeto para que possam intervir junto aos seus filhos, buscando a melhor forma de se alimentar e prevenir possíveis doenças. Dessa forma, sentem-se empoderados a influenciar os filhos positivamente, ajudando no controle à obesidade.

É válido destacar, que a compreensão dos pais sobre o papel da família no âmbito da aprendizagem alimentar das crianças é imprescindível para a adoção de melhores hábitos de vida, uma vez que estas pessoas são influenciadoras dos modelos a serem seguidos pelas crianças (Gerards & Kremers, 2015). Assim, a tecnologia OCARIoT também visa oferecer alternativas que possam melhorar os hábitos de vida dos pais, os estilos parentais e a uma interação com os filhos que propicie a formação de hábitos alimentares mais saudáveis.

Nesse sentido, as ferramentas de educação em saúde a serem incluídas na tecnologia OCARIoT podem otimizar o processo de formação continuada dos pais sobre hábitos alimentares e atividade física, ampliando o conhecimento e levando à mudanças de comportamento das crianças e suas famílias. Destaca-se que muitas são as políticas públicas que versam sobre esta temática no Brasil, tendo a maioria delas um enfoque importante sobre as estratégias de educação em saúde, o que inclui crianças, adolescentes, pais e educadores (Brasil, 2006).

O interesse em tecnologia apresentou-se como categoria menos atraente no que se refere à participação, por ser um tema pouco abordado nos meios sociais como instrumento de utilização para enfrentamento da obesidade infantil, uma vez que muitos pais não enxergam a tecnologia como forma de agregar conhecimento sobre saúde e hábitos alimentares.

Segundo Rocha et al. (2016), a “saúde móvel” amplia as possibilidades de atuação, intervenção e avaliação das questões de saúde, trazendo novas possibilidades para a educação em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis. Esses recursos também favorecem a autogestão de doenças crônicas, ampliando suas configurações a partir das demandas dos serviços e usuários. Dessa maneira, com os produtos advindos do projeto OCARIoT, espera-se abrir novos horizontes e a visão dos pais sobre a utilização das tecnologias *mHealth*, na forma de jogos e aprendizado lúdico, a favor do enfrentamento da obesidade infantil.

Conclusão

A partir deste estudo, verificou-se que as principais motivações dos pais para que os filhos participassem do projeto OCARIoT concentram-se no âmbito da saúde, demonstrando uma preocupação com os hábitos de vida atuais das crianças e suas implicações futuras. Sugere-se que a maior parte dos participantes veem a saúde de forma ampliada, valorizando intervenções que atuem sobre aspectos comportamentais e que envolvam o contexto família e escola na prevenção da obesidade.

Considerando uma perspectiva macro do projeto e corroborando com as expectativas dos pais, acredita-se que a tecnologia em construção poderá oferecer um suporte no manejo da obesidade infantil, bem como na sua prevenção e na promoção da saúde, auxiliando a adoção de hábitos saudáveis, na ótica da educação em saúde, não somente incluindo as crianças, mas também os familiares e os educadores.

Por fim, este trabalho possibilitou evidenciar a importância e a relevância de estudar a obesidade infantil e novas estratégias para o seu enfrentamento, o que inclui a utilização das tecnologias *mHealth*. Ademais, o conhecimento obtido sobre o interesse dos pais em incluir seus filhos no projeto e apoiar o processo de adoção de novos hábitos de vida, além da relevância atribuída à utilização de tecnologias para a melhora da saúde das crianças, oferece um suporte motivacional e técnico à equipe de pesquisadores, pois mostra a aceitação do projeto junto ao seu público-alvo e os significados positivos a ele atribuídos.

Referências

Bahia, L., Schaan, C.W., Sparrenberger, K., Abreu, G.A, Barufaldi, L. A., Coutinho, W., Schaan, B.D. (2019). Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. *J Pediatr (Rio J)*. doi: 10.1016/j.jped.2018.07.009

- Barlow, S. E. (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, *120*, supl. 4.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006*. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Retrieved from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html
- Ferreira, J. S., Diettrich, S. H. C., & Pedro, D. A. (2015). Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. *Saúde Debate*, *39*(106), 792-801.
- Gerards, S. M., & Kremers, S. P. (2015). The Role of Food Parenting Skills and the Home Food Environment in Children's Weight Gain and Obesity. *Current Obesity Reports*, *4*(1), 30-6.
- Guerra, P. H., Farias, J. C., Júnior, & Florindo, A. A. (2016). Sedentary behavior in Brazilian children and adolescents: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, *50*, 1-15. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006307
- Jagadeeswari, V., Subramaniaswamy, V., Logesh, R., & Vijayakumar, V. (2018). A study on medical Internet of Things and Big Data in personalized healthcare system. *Health Information Science and Systems*, *6*(14). doi: 10.1007/s13755-018-0049-x
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., ... McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet (London)*, *385*(9986), 2510–2520. doi:10.1016/S0140-6736(14)61746-3
- Matsudo, S. A., Paschoal, V. C. A., & Amancio, O. M. S. (2003). Atividade física e sua relação com o crescimento e a maturação biológica de crianças. *Cadernos de Nutrição*, *14*, 01-12.
- Melo, K. M., Cruz, A. C. P., Brito, M. F. S. F., & Pinho, L. (2017). Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Escola Anna Nery*, *21*(4), e20170102. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0102
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, *32*(4), 314–363. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-3010.2007.00668.x/abstract>
- Moore, E. S., Wilkie, W. L., & Desrochers, D. M. (2016) All in the Family? Parental Roles in the Epidemic of Childhood Obesity. *Journal of Consumer Research Advance*, *43*(5), 824-859.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, *390*, 2627–2642.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C.,... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *384*(9945), 766-781.
- Rocha, T. A. H., Fachini, L. A., Thumé, E., Silva, N. C. da, Barbosa, A. C. Q., Carmo, M. do, & Rodrigues, J. M. (2016). Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *25*(1), 159-170. doi:10.5123/s1679-49742016000100016
- Silva, P. V. C., & Costa, A. L., Jr. (2011). Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicologia Argumento*, *29*(64), 41-50.
- Silva, K. S., Bandeira, A. da S., Santos, P. C. dos, Malheiros, L. E. A., Sousa, A. C. F. C. de, & Barbosa, V. C., Filho. (2018). Systematic review of childhood and adolescence sedentary behavior: analysis of the Report Card Brazil 2018. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, *20*(4), 415-445.

- Silveira, J. A. C., Colugnati, F. A. B., Cocetti, M., & Taddei, J. A. A. C. (2014). Tendência secular e fatores associados ao excesso de peso entre pré-escolares brasileiros: PNSN-1989, PNDS-1996 e 2006/07. *Jornal de Pediatria*, 90(3), 258-266. doi:10.1016/j.jped.2013.09.003
- Timpel, P., Cesena, F. H. Y., Costa, C. S., Soldatelli, M. D., Gois Jr, E., Castrillon, E., ... Roepke, R. M. L. (2018). Efficacy of gamification-based smartphone application for weight loss in overweight and obese adolescents: study protocol for a phase II randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 9(6), 167-176.
- Todorov, J. C., & Moreira, M. B. (2005). O conceito de motivação na psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 119-132.
- Turner, T., Spruijt-Metz, D., Wen, C. K. F., & Hingle, D. M. (2015). Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review. *Journal of Pediatric Obesity*, 10(6), 403-409.
- Valerio, G., Maffei, C., Saggese, G., Ambruzzi, M. A., Balsamo, A., Bellone, S., . . . Zito, E. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. *Italian Journal of Pediatrics*, 44 (88). doi: 10.1186/s13052-018-0525-6
- Wang, Y., Cai, L., Wu, Y., Wilson, R. F., Weston, C., Fawole, O., ... Segal, J. (2015). What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(7), 547-565. doi: 10.1111/obr.12277
- World Health Organization. (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016a). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016b). *Ending Childhood Obesity*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, H. J., Kang, J. H., Kim, O. H., Choi, M., Oh, M., Nam, J., & Sung, E. (2017). Interventions for Preventing Childhood Obesity with Smartphones and Wearable Device: A Protocol for a Non-Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 14(2), 184. doi:10.3390/ijerph14020184



Pediatria | Paediatrics

Impacto de Fatores Psicossociais no Controlo Metabólico na Diabetes Mellitus tipo 1

Andreia Fiúza Ribeiro (1); Joana Marques (1); Raquel Sousa (2); Maria de Lurdes Torre;(1); Ana Cristina Monteiro (1,2)

1. Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

2. Consulta Externa, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Resumo

Um controlo metabólico adequado durante a infância e adolescência é importante para prevenir as complicações associadas à Diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Vários estudos demonstraram a relação entre fatores biopsicossociais, adesão à terapêutica e controlo metabólico. Objetivo: Avaliar a influência de fatores psicossociais e clínicos no controlo metabólico na DM1 em idade pediátrica. Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos diabéticos tipo 1 seguidos em consulta, tendo sido feita a comparação de variáveis psicossociais e clínicas em 3 grupos de acordo com HbA1c mediana: A) $\leq 7,5\%$, B) 7,6 a 8,9% e C) $\geq 9\%$. Resultados: 71 doentes, idade mediana 15 anos, mediana de HbA1c 8,6%. A literacia paterna, o aproveitamento escolar, a avaliação do risco social, a falha na medição da glicémia ou na administração de insulina, a ausência de contagem de hidratos de carbono, o absentismo às consultas e a taxa de internamentos foram fatores que apresentaram diferença estatística entre os 3 grupos de estudo. Conclusões: Verificou-se que alguns dos fatores psicossociais e clínicos avaliados se relacionam com incumprimento terapêutico e agravamento do controlo metabólico.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 1; Risco psicossocial; Controlo metabólico; HbA1c

Introdução

A Diabetes mellitus tipo 1 é a doença endócrina crónica mais comum em idade pediátrica¹. Ter um controlo metabólico adequado é importante para prevenir as complicações a curto e a longo prazo². O controlo metabólico é determinado através da avaliação do registo das glicémias e da Hemoglobina glicada (HbA1c) nas consultas de Diabetologia Pediátrica. A HbA1c reflete a glicémia das 4 a 12 semanas precedentes e é monitorizada cerca de 4 vezes por ano (intervalo mínimo de 3 meses)³. Segundo as orientações do ISPAD 2018, o valor de HbA1c alvo recomendado é $\leq 7\%$ ³. Este valor é mais restrito do que o anteriormente recomendado de 7,5%. No entanto, o valor alvo de HbA1c de 7,5% pode ser considerado se existir história de hipoglicémia

grave/ insensibilidade para hipoglicemia, incapacidade de numerar os sintomas de hipoglicemia, incapacidade para verificar regularmente a glicemia capilar ou sem acesso a sistema de monitorização contínua da glicose ou de perfusão subcutânea contínua de insulina³.

A adesão à terapêutica é um pré-requisito necessário mas nem sempre suficiente para ter um controlo metabólico adequado². Existem fatores biológicos, fisiológicos e psicossociais que influenciam a adesão à terapêutica e o controlo metabólico^{2,4}. De acordo com a literatura, alguns dos fatores implicados na fraca adesão à terapêutica e no agravamento do controlo metabólico são: aumento da idade, principalmente na adolescência^{2,4,5}; maior duração da doença²; esquema com múltiplas administrações de insulina^{2,5}; pouco auto-controlo da sua doença (medição regular da glicemia capilar, administrações de insulina, cuidados alimentares)^{1,2,4,5}; presença de sintomas depressivos ou de ansiedade^{1,2,4,5}; ter um distúrbio do comportamento alimentar^{4,5}; ter uma família monoparental^{2,4}; ter pouco suporte parental ou uma família disfuncional e com pouca coesão^{1,2,4,5}; pais com baixa literacia²; baixo nível sócio-económico^{2,4}.

Objetivos

Avaliar a influência de fatores psicossociais e clínicos no controlo metabólico na DM1 em idade pediátrica no Departamento de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF).

Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo dos diabéticos tipo 1 seguidos em Consulta de Diabetologia Pediátrica no HFF entre Janeiro de 2016 e Junho de 2018. Foram excluídos os doentes que não tiveram consulta no ano de 2018 por transição de cuidados para outro hospital ou para consulta de adultos.

Foram comparadas variáveis através do SPSS Statistics 25, em 3 grupos de estudo de acordo com HbA1c mediana no período de estudo: grupo A com HbA1c $\leq 7,5\%$, grupo B com HbA1c entre 7,6 e 8,9% e grupo C com HbA1c $\geq 9\%$. No grupo A, o valor limite considerado foi definido de acordo com as orientações do ISPAD 2018, visto que a população presente no estudo se inclui nos critérios para considerar o valor alvo de HbA1c $\leq 7,5\%$. Os valores limites para definir o grupo B e C foram de acordo com o projeto Teens, estudo prospetivo multicêntrico, em que o núcleo de Endocrinologia Pediátrica do HFF participou.

As variáveis analisadas incluem-se em 3 categorias: dados demográficos (idade, género e etnia), fatores psicossociais (aproveitamento escolar, consumo de substâncias, seguimento em Psicologia, patologias crónicas do próprio ou do agregado familiar, desemprego, literacia materna e paterna, estrutura familiar, conflito familiar e avaliação do risco social) e fatores clínicos (HbA1c, idade ao diagnóstico, anos de evolução de doença, alimentação, exercício físico, complicações da DM1, hipoglicémias frequentes, falha na avaliação da glicémia capilar e na administração de insulina, contagem de hidratos de carbono, número de consultas por ano, absentismo às consultas, internamentos por descompensação da DM1 e para reforço de educação terapêutica e vindas à Urgência por alterações da glicémia). Os dados foram colhidos através da consulta do processo clínico.

Resultados

No estudo foram incluídos 71 doentes, 52,1% do sexo masculino e 71,8% de raça caucasiana. A idade mediana foi de 15 anos [4; 19], sendo que 84,5% eram adolescentes (idade ≥ 12 anos). A mediana de HbA1c foi de 8,6% [6,6%; 13%]. A mediana de idade ao diagnóstico foi 9 anos [0; 17] e a mediana de anos de evolução da doença foi 6 anos [0,5; 18].

Foram distribuídos por 3 grupos de estudo de acordo com a mediana de HbA1: grupo A (HbA1c $\leq 7,5\%$) com 11,3% dos doentes (n=8), grupo B (HbA1c entre 7,6% e 8,9%) com a maior percentagem de doentes – 53,5% (n=38) e grupo C (HbA1c $\geq 9\%$) com 35,2% dos doentes (n=25).

As variáveis foram analisadas em 3 categorias:

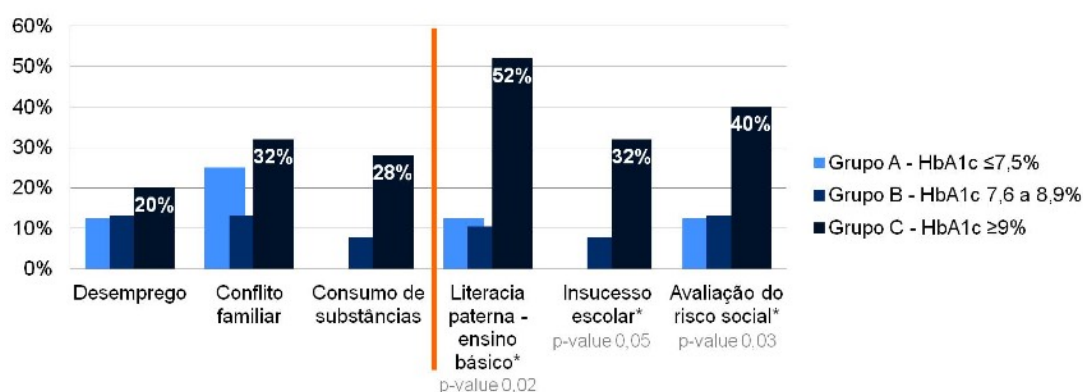
a) Dados demográficos

No grupo C verificou-se maior percentagem de doentes do sexo masculino (60%) e de raça melanodérmica (32%), sem significado estatístico.

b) Fatores psicossociais

No grupo C verificou-se uma maior taxa de desemprego (20%), de consumo de substâncias (28%) e de conflito familiar (32%), sem significado estatístico. Além disso, verificou-se, com significado estatístico entre os 3 grupos, que o grupo C tinha maior taxa de ensino básico na literacia paterna (p-value 0,02), de insucesso escolar (p-value 0,05) e de avaliação do risco social (p-value 0,03), pelo que estes fatores se relacionam com agravamento do controlo metabólico. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Fatores psicossociais



A avaliação do risco social foi feita pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) do HFF, sendo que o principal motivo de avaliação foi por má adesão à terapêutica, a maioria pertencente ao grupo C (44% dos casos).

O seguimento em Psicologia foi semelhante nos 3 grupos, no entanto o principal motivo de seguimento no grupo A foi por reação de ajustamento, enquanto no grupo C foi por incumprimento terapêutico.

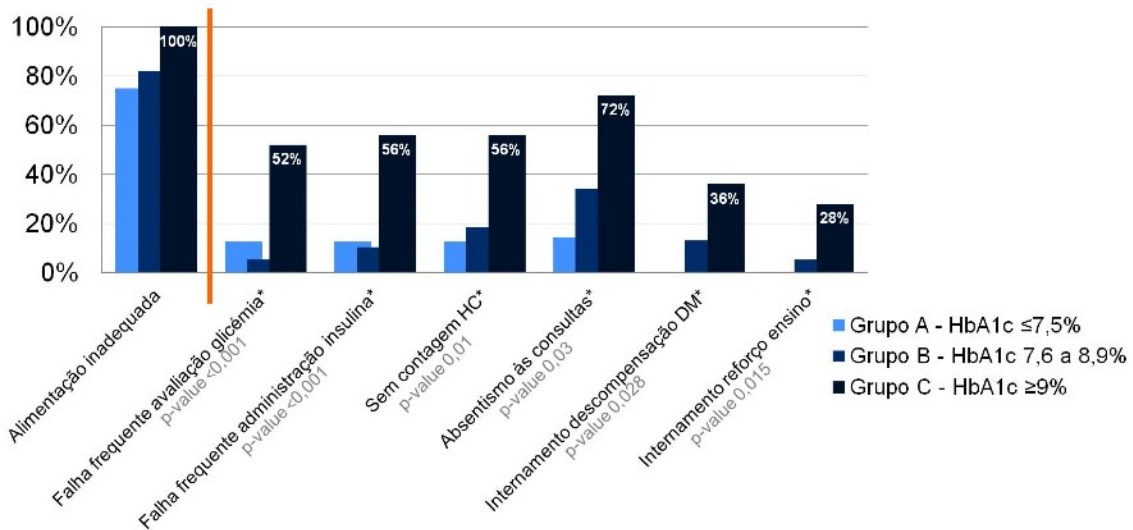
As variáveis patologias crónicas do próprio (inclui depressão, ansiedade e distúrbios do comportamento alimentar) ou do agregado familiar, literacia materna e estrutura familiar não apresentaram diferença entre os 3 grupos.

c) Fatores clínicos

O grupo C apresentou menor mediana de idade ao diagnóstico (6 anos) e maior mediana de anos de evolução da doença (8 anos), embora sem significado estatístico. Também sem significado estatístico, apresentou maior taxa de alimentação inadequada (100%).

Verificou-se com significado estatístico entre os 3 grupos, que o grupo C tinha maior taxa de falha frequente na avaliação da glicémia (p-value <0,001) e na administração de insulina (p-value <0,001), bem como maior taxa sem contagem de hidratos de carbono (p-value 0,01), de absentismo às consultas (p-value 0,03) e de internamentos quer por descompensação da DM1 (p-value 0,028) quer para reforço da educação terapêutica (p-value 0,015), pelo que estes fatores se associam com um agravamento do controlo metabólico. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Fatores clínicos



As variáveis exercício físico, complicações da DM1, hipoglicémias frequentes, número de consultas por ano e vindas à Urgência por alterações da glicémia não apresentaram diferenças entre os 3 grupos.

Conclusões

Quanto às limitações do estudo, tivemos uma amostra com elevada proporção de adolescentes (84,5%), que é uma altura que está associada a um agravamento do controlo metabólico, o que pode explicar a mediana de HbA1c mais elevada (8,6%). Esta seleção da amostra pode dever-se à transferência de cuidados para outros centros de crianças mais novas para colocação de sistema de perfusão subcutânea contínua de insulina, dado o HFF não ser centro de colocação.

Além disso, os dados foram colhidos retrospectivamente através da consulta do processo clínico e algumas das variáveis analisadas tem carácter subjetivo, o que pode ter interferência nos dados obtidos.

Verificámos que os fatores clínicos com significado estatístico entre os 3 grupos (falha na medição da glicémia e na administração de insulina, que estão relacionadas com auto-controlo da DM1; ausência de contagem de hidratos de carbono; absentismo às consultas; internamentos por descompensação da DM1 e para reforço da educação terapêutica) se relacionam com incumprimento e má adesão à terapêutica e que, por sua vez, se relacionam com agravamento do controlo metabólico. No entanto, são também influenciados por fatores psicossociais, como a

literacia paterna, o aproveitamento escolar e a avaliação do risco social, que apresentaram significado estatístico.

De acordo com a literatura, a baixa literacia do cuidador principal está associado a um agravamento do controlo metabólico. O principal cuidador na maioria das situações é a mãe, pelo que existe uma relação entre a literacia materna e o agravamento do controlo metabólico.⁶ No entanto, não existem estudos que comparem a influência da literacia materna e paterna no controlo metabólico. No nosso estudo verificou-se que a literacia paterna se relacionou com agravamento do controlo metabólico, mas a literacia materna não apresentou relação.

Os restantes resultados estão de acordo com o descrito na literatura, aplicados à população em estudo. Além disso, este estudo reforça a importância de avaliar a presença de fatores de risco psicossociais, com equipas multidisciplinares, para que se possa intervir de forma precoce no autocontrolo e na adesão à terapêutica, para atuar de forma positiva no controlo metabólico.

Referências

1. Pérez-Marín M, Gómez-Rico I, Montoya-Castilla I. Type 1 diabetes mellitus: psychosocial factors and adjustment of the pediatric patient and his/her family. Review. *Arch Argent Pediatr*. 2015; 113(2): 158-162.
2. Kristensen LJ, Birkebaek NH, Mose AH, Berg Jensen M, Thastum M. Multi-informant path models of the influence of psychosocial and treatment-related variables on adherence and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *PLOS ONE*. 2018; 13(9): e0204176.
3. DiMeglio LA, Acerini CL, Codner E, *et al*. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young adults with diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2018;19 (Suppl. 27):105–114.
4. Daneman D, Hamilton J. Is poor metabolic control inevitable in adolescents with type 1 diabetes? *Anales Españoles de Pediatría*. 2001; Vol. 54, suplemento 1: 40-44.
5. Helgeson V, Siminerio L, Escobar O, Becker D. Predictors of Metabolic Control among Adolescents with Diabetes: A 4-Year Longitudinal Study. 2009. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009; 34(3): 254-270.
6. Zurita-Cruz JN, Nishimura-Meguro E, Villasís-Keever MA, *et al*. Influence of the informal primary caretaker on glycemic control among prepubertal pediatric patients with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:136-141.

Perfil das Intoxicações Exógenas em Crianças de 0 a 14 Anos

Rebeka Raiany Barbosa dos Santos (1); Ítala Morgânia Farias da Nóbrega (1); Elisangela Christianne Barbosa da Silva Gomes (1)

1. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever o perfil dos casos de intoxicações exógenas em crianças de zero a quatorze anos no estado de Pernambuco de 2007 a 2017. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de dados secundários referentes aos registros provenientes das fichas de investigação notificadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi verificada a faixa etária mais suscetível, os principais agentes intoxicantes, as causas que propiciaram a exposição aos agentes tóxicos, a evolução do quadro clínico, o gênero e os municípios com maiores índices de exposição. Os resultados obtidos foram 18.271 casos com crianças de idade de 0 a 14 anos no estado de Pernambuco entre os anos de 2007 e 2017. Os agentes tóxicos mais utilizados foram os medicamentos em 36,25%, seguidos por alimentos e bebidas. A faixa etária com mais casos notificados foi a de 1 a 4 anos, com 48,28%. Segundo as circunstâncias, 40,53% dos casos ocorreram de forma acidental. O tipo de exposição mais notificado foi a forma aguda-única, com 70,10% dos casos. Como desfecho, 78,72% dos casos resultaram em cura sem sequelas. O município com maior número de casos de exposição aos intoxicantes foi o Recife, com 12,35% dos registros. Conclui-se que é necessário repassar informações aos responsáveis pelas crianças sobre as consequências do manuseio e armazenamento inadequado de medicamentos e alimentos. Também é oportuno ressaltar a importância do treinamento dos profissionais de saúde para a melhoria das notificações, pois, as mesmas, servem como indicadores nas tomadas de decisão.

Palavras-chave: Envenenamento; Crianças; Acidentes Domésticos; Prevenção de Acidentes.

Introdução

Intoxicação é um conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas (Brasil, 2015a).

Tais efeitos podem ser denominados agudos ou crônicos. Na exposição aguda, há contato com grandes doses de agente tóxico em período curto de tempo (menos de 24 horas). Já na exposição

crônica há contato com pequenas doses do agente tóxico em longos períodos (Governo do Estado de São Paulo, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria dos indivíduos prejudicados por intoxicações, seja por morte prematura seja por anos de vida perdidos ou incapacitados, foi de crianças e jovens adultos, de zero a 44 anos (Peden, McGee & Sharma, 2002).

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), as crianças são as maiores vítimas dos casos de intoxicações registrados no Brasil. Das 99.035 ocorrências de intoxicação humana verificadas no ano de 2015, 27.339 foram com crianças de idade entre zero a 14 anos o que representa 37,70% dos casos (Brasil, 2015b).

No ano de 2015, foram registrados 23.885 casos de intoxicação exógena no Nordeste. Destes, 34,60% (8.264) ocorreram no estado de Pernambuco, onde 2.598 notificações foram com crianças de zero a 14 anos de idade (Brasil, s.d.).

Propondo identificar e caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de intoxicações exógenas infantis, esta pesquisa busca verificar a incidência de intoxicações exógenas ocorridas nos últimos sete anos, em crianças de zero a 14 anos de idade, de acordo com os casos notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é um sistema alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Os dados repassados ao SINAN são compilados e armazenados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de dados secundários referentes aos registros provenientes das fichas de investigação dos casos de intoxicações exógenas, notificadas no SINAN, no período de 2007 a 2017.

O estudo foi realizado através do tabulador TABNET, que é um sistema desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). O TABNET é alimentado por vários bancos de dados de saúde nacionais, dentre eles o escolhido para esta pesquisa, o SINAN Net. Utilizou-se como fonte de dados o banco das “Intoxicações Exógenas” do SINAN Net.

Foram inclusos os casos notificados no período de 2007 a 2017, compreendendo ambos os gêneros e a faixa etária de 0 a 14 anos. Foram considerados fatores como: agente tóxico, circunstância, evolução, idade, município de exposição, e tipo de exposição.

Foram excluídos da análise dados anteriores a 2007 e casos pertencentes a indivíduos com faixa etária superior a 14 anos, além dos dados com característica ignorada ou em branco.

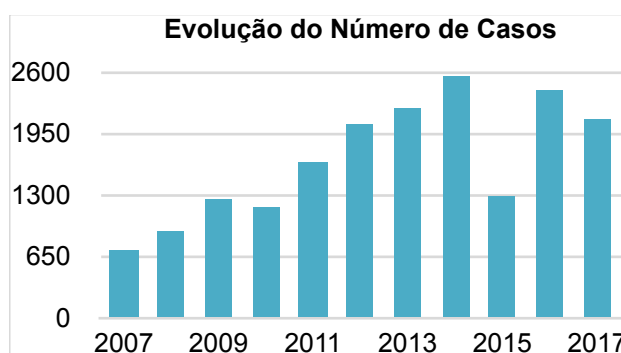
Foram encontrados 18.271 casos de intoxicações exógenas em crianças de zero a 14 anos notificadas no estado de Pernambuco nos anos de 2007 a 2017. Após isso, iniciou-se a análise para delinear o perfil dos pacientes atingidos por intoxicações exógenas neste período, no que diz respeito à evolução anual das notificações, faixa etária e gênero, além da circunstâncias ocorridas com os agentes intoxicantes, a evolução clínica dos casos e também municípios com maior número de casos de exposição ao agente tóxico.

O presente estudo obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). A coleta de dados foi iniciada após aprovação do mesmo por este comitê. O número do parecer de aprovação foi 2.136.514.

Resultados e discussões

No período de 2007 a 2017, foram notificados 18.271 casos de intoxicação exógena em crianças de zero a 14 anos, no estado de Pernambuco. Por meio da análise dos dados disponíveis, foi possível observar um aumento do número de casos novos notificados a cada ano, porém, houve um decréscimo no ano de 2015, que foi logo superado no ano seguinte, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Evolução no número de casos notificados ao SINAN nos casos de intoxicação exógena em crianças de zero a quatorze anos no estado de Pernambuco de 2007 a 2017, Brasil

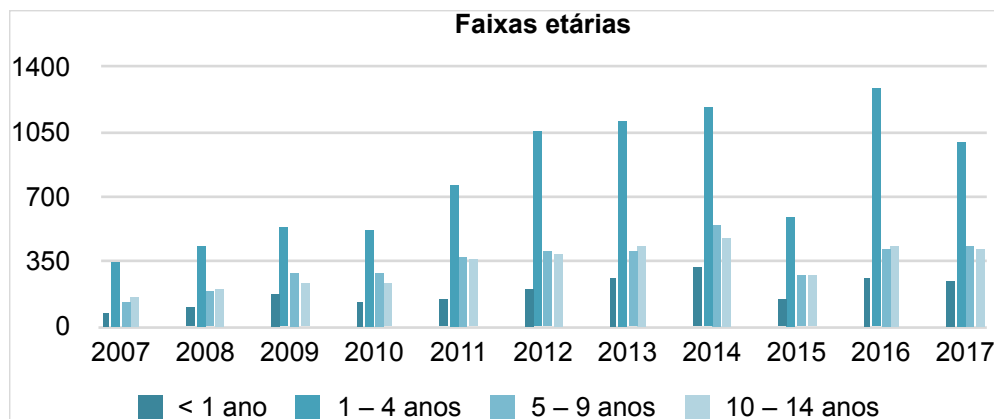


Fonte: Brasil, s.d.

A faixa etária na qual se observou um maior número de intoxicações foi de 1 a 4 anos (48,28% dos casos), seguida de 5 a 9 anos (20,61%) (Figura 2). Estudos realizados em 2014 apontam que crianças menores de 5 anos de idade sofrem acidentes principalmente por estarem na fase oral. Além disso, nesta fase, as crianças ficam mais hábeis, assim abrem a maioria dos recipientes e embalagens (Oliveira & Suchara, 2014; Paiva, Viana, Martins, Molina & Uzam, 2017).

A análise da relação entre a faixa etária e gênero não apresentou diferenças expressivas. Estudos realizados em 2014 demonstram que a ausência de correlação entre o gênero e as intoxicações infantis já é algo esperado, pois a maior parte dos casos ocorre de forma acidental (Amaral, Costa, Fernandes & Nascimento, 2014).

Figura 2 - Faixas etárias notificadas ao SINAN nos casos de intoxicação exógena em crianças de zero a quatorze anos no estado de Pernambuco de 2007 a 2017, Brasil.



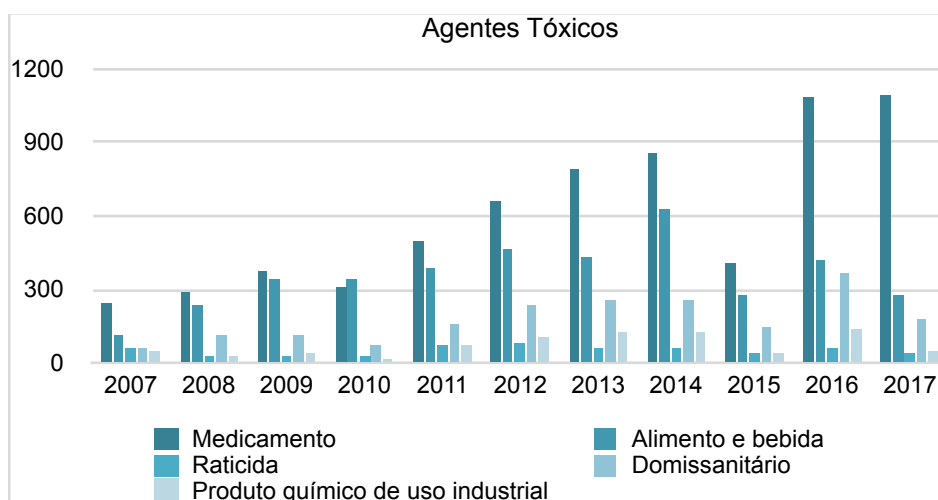
Fonte: Brasil, s.d.

As substâncias exógenas mais utilizadas foram os medicamentos em 36,25% dos casos (n=6.624), seguidos dos alimentos e bebidas, com 21,49% (n=3.927). Os medicamentos têm sido relatados como os maiores causadores de agravo na infância, principalmente na faixa etária de 0 a 4 anos (Paiva et al., 2017).

Segundo estudos de 2008, uma das principais causas de intoxicações medicamentosas no Brasil é uma frágil política de medicamentos em nosso país, marcada por diversas formas de resistência ao uso racional de produtos da indústria farmacêutica, tais como a existência de uma imensa variedade de fármacos de segurança e eficácia duvidosas e ausência de iniciativas para formação de profissionais de saúde capazes de orientar adequadamente sobre o uso correto de medicamentos (Margonato, Thomson, & Paoliello, 2008).

Em relação à intoxicação por alimento e bebidas, Neves (2015) relata, em seu estudo sobre a ocorrência de intoxicações alimentares no Brasil, a alta prevalência de intoxicações alimentares em crianças de 1-4 anos no estado de Pernambuco. Ainda segundo Neves (2015), isso deve à manipulação inadequada dos alimentos e também ao desconhecimento do quão naturalmente tóxicos são.

Figura 3 - Agentes tóxicos notificados ao SINAN nos casos de intoxicação exógena em crianças de zero a quatorze anos no estado de Pernambuco de 2007 a 2017, Brasil.



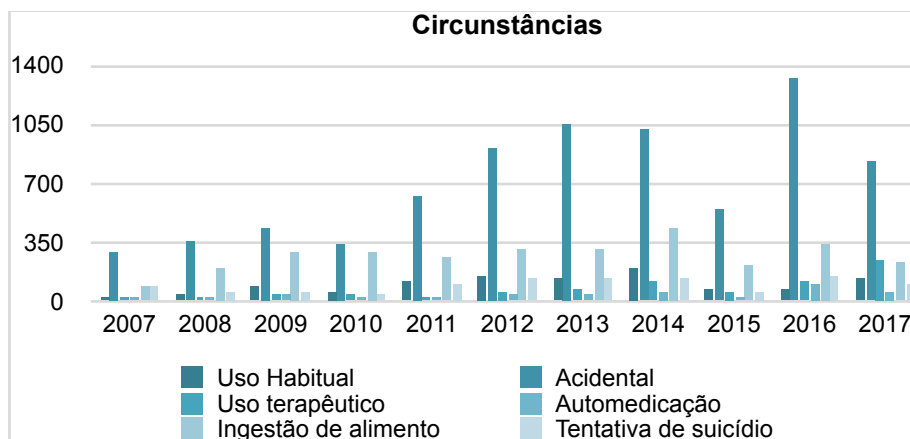
Fonte: Brasil, s.d.

Quanto às circunstâncias em que ocorreram as intoxicações, 42,37% (n=7.743) dos casos aconteceram de forma acidental, enquanto 16,29% (n= 2.978) foram causados por ingestão de alimentos, seguidos por uso habitual com 6,16% (n= 1.126). Entende-se por uso habitual “qualquer caso suspeito de intoxicação ou efeito tóxico decorrente do uso rotineiro ou seguindo as instruções do fabricante do produto ou substância química. Não se aplica a medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal e drogas de abuso; inclui uso no ambiente de trabalho” (Prefeitura do Município de São Paulo, 2012, p. 17).

Um dado que chamou atenção, mesmo não tendo um valor tão elevado, foi o crescente número de tentativas de suicídio em pré-adolescentes, sendo esta a quarta causa mais frequente, com 1.077 casos. Em seu estudo, Batista, Araújo e Figueiredo (2016) relataram a faixa etária de 10 a 14 como o segundo intervalo de idade em que ocorre o maior número de casos de suicídio, o que torna algo bastante preocupante, mesmo com a evolução clínica favorável na maioria dos casos.

De acordo com o tipo de exposição, a sua maioria ocorreu de forma aguda-única, com 70,10% dos casos (n=12.808), seguida por exposição do tipo aguda-repetida com 2,56% dos casos. Intoxicações agudas constituem um importante problema de saúde pública, particularmente na faixa etária pediátrica (Schvartsman, & Schvartsman, 1999).

Figura 4 - Circunstâncias dos casos notificados ao SINAN nos casos de intoxicação exógena em crianças de zero a quatorze anos no estado de Pernambuco de 2007 a 2017, Brasil



Fonte: Brasil, s.d.

Em relação ao desfecho dos casos, 78,72% (n=14384) resultaram em cura sem seqüela. Estudos realizados em 2015 confirmam que a maioria dos casos evolui para cura sem seqüela (Escórcio, Sousa, Rodrigues & Nogueira, 2015).

O município com maior número de casos de exposição aos intoxicantes foi o Recife, com 15,37% (n=2.810) dos registros, o que condiz com o fato de ter um maior número de habitantes e ser a capital do estado. Olinda ocupou o segundo lugar com 6,73% (n=1.231) dos casos, seguidos por Petrolina com 5,60% (n=1.025).

Conclusão

De acordo com o estudo realizado, pôde-se caracterizar o perfil epidemiológico das crianças de zero a quatorze anos acometidas por intoxicações exógenas no período de 2007 a 2017 no estado de Pernambuco. Mesmo com altas taxas de subnotificação, como demonstrado em estudos anteriores, que impedem um melhor delineamento epidemiológico para gerar tomadas de decisões mais

eficientes, ficou claro que o grupo de idade mais atingido foi o de 1 até 4 anos. O agente tóxico mais utilizado foi o medicamento, na maioria dos casos.

Vale salientar a importância do profissional farmacêutico na educação e conscientização do uso não só racional, mas adequado de medicamentos e de outros produtos para a população em geral. Há também a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde que realizam as notificações, para que sejam mais fidedignas a fim de haver uma melhor qualidade de informações para o SINAN, visto que isso pode contribuir bastante para tomadas de decisões relacionadas às intoxicações, podendo melhorar a qualidade de vida da população. Também é necessário divulgar mais informações aos pais, orientando-os sobre os perigos não só dos medicamentos quando armazenados e utilizados de forma inadequada, mas também sobre o manuseio e armazenamento dos alimentos e domissanitários.

Além do mais, há um projeto de lei em tramitação no Senado que está pronto para votação no Plenário da Câmara projeto (PL 4841/94) que cria a Embalagem Especial de Proteção à Criança, a EEPC. A proposta já foi aprovada por quatro comissões. Pelo texto, a embalagem especial deverá ser usada para acondicionar medicamentos, além de produtos de higiene e limpeza que tiverem em sua fórmula substâncias químicas prejudiciais à saúde. As embalagens deverão ter um lacre de segurança para impedir que crianças de até cinco anos consigam abri-las com facilidade (Ferreira, 2017). Essas “embalagens inteligentes” podem dificultar o acesso das crianças a produtos de risco.

Por fim, são necessários trabalhos futuros que deem uma atenção especial às taxas de depressão em crianças e adolescentes, visto que houve um número expressivo de tentativas de suicídio entre crianças nos últimos anos.

Referências

- Amaral, L., Costa, S., Fernandes, A., & Nascimento, L. (2014). Intoxicações em crianças: um estudo de caso em Bragança. In: Actas do Pharmacy Master Symposium 2014, Coimbra, Portugal.
- Batista, N., Araújo, J., & Figueiredo, P. (2016). Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 7(4), 61-66. doi: 10.5123/s2176-62232016000400008
- Brasil. (s.d.). DATASUS [website]. Disponível em: <https://goo.gl/javv1f>.
- Brasil. (2015a). Portaria Nº 1.678, de 2 de outubro de 2015. Institui os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* (n. 191, Seção 1, p. 55). Brasília: Imprensa Nacional. Disponível em: <https://goo.gl/6dAj9r>

- Brasil. (2015b). Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Região Nordeste Brasil, 2015. *Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas*. Disponível em: <https://goo.gl/jTFJwA>
- Escórcio, M., Sousa, A., Rodrigues, L., Nogueira, L. (2015). Análise dos casos notificados por intoxicação exógena no Piauí durante o período de 2010 a 2013. In: Anais do IV Congresso Piauiense de Saúde Pública e IV Seminário de Ensino na Saúde (p. 39), Parnaíba, Brasil.
- Ferreira, C. (2017, maio 17). Projeto que cria Embalagem Especial de Proteção à Criança aguarda votação no Plenário. *Câmara dos Deputados*. Disponível em: <https://goo.gl/nnHw1h>
- Governo do Estado de São Paulo. (2014). *Manual de Toxicovigilância*. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://goo.gl/2D6Qr3>
- Margonato, F., Thomson, Z., & Paoliello, M. (2008). Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 333-341.
- Neves, M. C. M. (2015). *Levantamento de dados oriundos do DATASUS relativos à ocorrências / surtos de intoxicação alimentar no Brasil de 2007-2014* (Monografia de Graduação). UFPB, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, Brasil.
- Oliveira, F., & Suchara, E. (2014). Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes em município do Mato Grosso. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(4), 299-305. doi: 10.1016/j.rpped.2014.06.002
- Paiva, A., Viana, D., Martins, G., Molina, N., & Uzam, C. (2017). Impacto dos medicamentos nas intoxicações em crianças. *Revista da Universidade Ibirapuera*, 13, 8-16.
- Peden, M., McGee, K., & Sharma, G. (2002). *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva: World Health Organization.
- Prefeitura do Município de São Paulo. (2012). *Manual de Vigilância Programa Municipal de prevenção e controle das intoxicações*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <https://goo.gl/udi9ax>
- Schvartsman, C., & Schvartsman, S. (1999). Intoxicações exógenas agudas. *Jornal de Pediatria*, 75(2), 244-250.



Psiquiatria | Psychiatry

Motivos de Múltiplas Vindas ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria

Filipa Reis (1), Teresa Cartaxo (1)

1. Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Resumo

Este trabalho pretende caracterizar a população com duas ou mais vindas ao serviço de urgência de Pedopsiquiatria (SUP), em 2017. Para esse efeito, compilaram-se as crianças/jovens com duas ou mais observações de urgência nesse ano. Consideraram-se sexo, idade, número de episódios de urgência, motivo da primeira observação, motivos das observações seguintes, acompanhamento em consulta pedopsiquiátrica, medicação psicofarmacológica e destino após a alta. Realizou-se uma análise descritiva dos dados.

A amostra compreendia 93 crianças/jovens. Na primeira observação, a maioria era do sexo feminino (65,59%), dos 9 aos 17 anos, com ‘sintomatologia ansiosa’ (SA) (24,73%) ou ‘perturbação do comportamento’ (22,58%), sem acompanhamento pedopsiquiátrico (59,14%), mas com medicação psicofarmacológica habitual (53,76%). 5,38% ficaram internados. Em média vieram 2,6 vezes ao SUP. Os motivos de reobservação variavam. Pela gravidade, realçam-se as ‘intoxicação medicamentosa voluntária’ (IMV) (8,6%), após episódios prévios de ‘comportamentos auto-lesivos não suicidários’ (CANS), ‘ideação suicida’, ‘IMV’, ‘SA’ e ‘sintomatologia depressiva’ (SD). Os motivos com maior número de reobservações foram ‘sintomatologia psicótica’ (4,66 vezes) e ‘SD’ (2,79 vezes). Quando o primeiro motivo de observação era ‘CANS’, havia uma maior variação nos motivos de regresso.

Estes dados alertam-nos para a necessidade de prevenção de recaída e/ou intervenção em crise, com reforço de estratégias de gestão e explicação de sinais de alarme numa primeira observação, prevenindo o retorno. Reitera-se, assim, a importância da promoção de saúde mental e a da intervenção precoce, aumentando os recursos na comunidade e/ou encaminhando para tratamento ambulatorio especializado, minorando a necessidade de recorrer a um serviço de fim de linha.

Palavras-chave: pedopsiquiatria; urgência; crianças; adolescentes

Introdução e Objetivos

Os problemas de saúde mental estão entre os principais contribuidores para a sobrecarga global associada às doenças (Chun, Mace, & Katz, 2016a). Nos cuidados pediátricos, a prevalência de

perturbações mentais e do comportamento está entre os 12 e os 22% (Chun et al., 2016a). De facto, cerca de uma em cada cinco crianças e adolescentes apresenta uma perturbação mental, no entanto, apenas 20% destes tem acompanhamento apropriado (Gill et al., 2017). Decorrente disso, muitos destes utentes recorrem ao serviço de urgência com queixas psiquiátricas.

Estratégias nos serviços de saúde mental para melhorar o acesso aos cuidados em ambulatório e a referência para consultas de especialidade pelos cuidados de saúde primários poderiam prevenir as idas ao serviço de urgência (Gill et al., 2017).

São várias as causas que motivam a ida de uma criança ou adolescente a um serviço de urgência de Pedopsiquiatria (SUP), incluindo agudização de uma patologia psiquiátrica já diagnosticada ou sintomatologia inaugural em indivíduos sem acompanhamento prévio.

Em Inglaterra, num estudo com 10 anos de follow-up, encontraram um risco aumentado de morte e readmissão hospitalar em adolescentes primariamente observados por violência, abuso de álcool/drogas, ou comportamentos auto-lesivos, quando comparados com adolescentes observados por lesões acidentais (Herbert, Gilbert, González-Izquierdo, Pitman, & Li, 2015).

Em Portugal, não encontramos nenhum trabalho que avaliasse as múltiplas observações em urgência pedopsiquiátrica, ou os fatores de risco que poderiam motivar estes padrões.

Este trabalho pretende, então, caracterizar a população observada no SUP do Hospital Pediátrico de Coimbra que apresentou duas ou mais vindas para observação neste serviço, durante o ano de 2017. Com isto, espera-se identificar possíveis fatores potenciadores de múltiplos episódios de urgência, que auxiliem na posterior criação de estratégias de prevenção e intervenção nestas crianças e adolescentes.

Metodologia

Fizemos uma revisão descritiva e retrospectiva de uma amostra de conveniência composta pelas crianças e adolescentes (<18 anos) avaliadas no SUP do Hospital Pediátrico de Coimbra durante o ano de 2017, com duas ou mais observações nesse período.

Pelo registo clínico informático, determinou-se o sexo (feminino/masculino), idade, número de idas ao SUP nesse ano, motivo da primeira ida, motivos das idas seguintes, acompanhamento prévio em consulta por Pedopsiquiatria (sim/não), medicação psicofarmacológica prévia (sim/não) e destino após a alta (referência para consulta externa, internamento, alta sem referência).

Os critérios de exclusão incluíam as vindas para reavaliação por indicação médica e as altas por abandono.

Durante todo o processo, o anonimato de todos os utentes foi assegurado. Foi também garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos para o presente estudo.

Realizou-se uma análise descritiva com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0.

Resultados

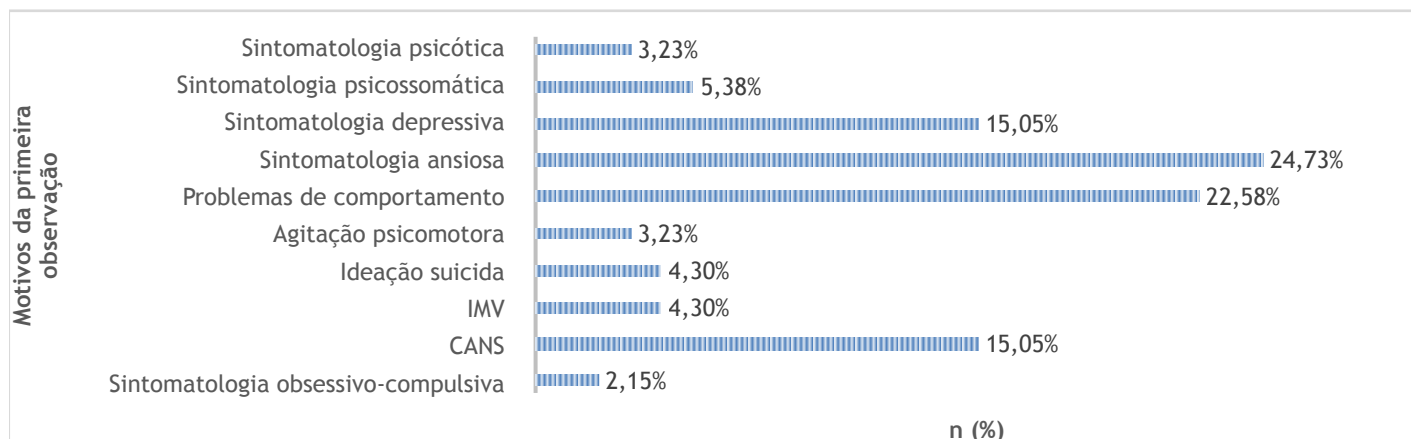
Num total de 819 episódios de urgência (611 indivíduos) referentes ao ano de 2017, 128 crianças e adolescentes foram observadas duas ou mais vezes (41% do total das observações). Neste subgrupo, excluíram-se 35 por reobservações agendadas com o médico de urgência ou altas por abandono, restando um total de 93 utentes. A maioria desta amostra era do sexo feminino (65,59%), tinham entre 9 e 17 anos, e recorreram uma média de 2,6 vezes ao SUP (mínimo 2 e máximo 9 vezes) (Tabela 1), principalmente por ‘sintomatologia ansiosa’ (n=23; 24,73%) ou ‘problemas do comportamento’ (n=21; 22,58%) na primeira observação (Gráfico 1). Mais de metade não tinha acompanhamento prévio por Pedopsiquiatria (59,14%), mas fazia medicação psicofarmacológica habitual (53,76%). 5,38% foram internados na primeira observação e apenas três casos não foram encaminhados para consulta externa de Pedopsiquiatria, tendo alta sem referência (Tabela 1).

Tabela 1- Características demográficas e clínicas da amostra

Variável	Medida descritiva
Idade (anos) - média \pm desvio padrão; min. e max.	14,58 \pm 1,87; 9 a 17 anos
Sexo (feminino/masculino) - n (%)	60 (65,59) / 33 (34,41)
Número de observações - n (%)	
2	59 (63,44)
3	21 (22,58)
4	8 (8,60)
5	3 (3,22)
6	1 (1,08)
9	1 (1,08)
Acompanhamento por pedopsiquiatria prévio - n (%)	
Sim	38 (40,86)
Não	55 (59,14)
Medicação psicofarmacológica habitual - n (%)	
Sim	49 (53,76)
Não	44 (46,24)
Destino após a alta - n (%)	
Alta sem referência	3 (3,23)
Referência para consulta externa	85 (91,39)
Internamento	5 (5,38)

Legenda: Análise descritiva das variáveis idade, sexo, número de observações, acompanhamento por pedopsiquiatria prévio, medicação psicofarmacológica habitual e destino após a alta, na primeira observação em serviço de urgência, referentes à amostra de crianças e adolescentes observados em urgência de Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico de Coimbra, no ano 2017, com duas ou mais observações nesse ano (n = 93).

Gráfico 1 - Motivos da primeira observação em serviço de urgência



Legenda: Gráfico de frequências, em número absoluto e percentagem, da variável ‘Motivos da primeira observação’ referente à amostra de crianças e adolescentes observados em urgência de Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico de Coimbra, no ano 2017, com duas ou mais observações nesse ano (n = 93). (IMV – intoxicação medicamentosa voluntária; CANS – comportamentos auto-lesivos não suicidários)

Os motivos de nova observação em SUP foram muito variáveis (Tabela 2).

Quando o primeiro motivo de observação era ‘comportamentos auto-lesivos não suicidários’ (CANS) (n=14), havia uma maior variação nos motivos de reobservação, sendo que em apenas 3 casos a reobservação foi por novo CANS, mas igualmente em 3 casos a reobservação foi por uma intoxicação medicamentosa voluntária (IMV).

Quando a primeira ida ao serviço de urgência era por ‘agitação psicomotora’ (n=3), as novas observações foram sempre pelo mesmo motivo, o que também foi verdade para a ‘sintomatologia obsessivo-compulsiva’ (n=2).

Já no caso da observação por ‘ideação suicida’ (n=4), apenas um regressou por IMV e nenhum por manutenção de ideação suicida. As ‘IMV’ observadas pela primeira vez (n=4) não retornaram pelo mesmo motivo, exceto em um caso.

No caso dos ‘problemas de comportamento’, que recorreram com bastante frequência ao SUP (n=21), praticamente na totalidade regressaram pelo mesmo motivo (n=18).

Para a ‘sintomatologia ansiosa’ (n=23), também praticamente na totalidade recorreram novamente ao SUP pelo mesmo motivo (n=18), mas salienta-se a ideação suicida como um motivo importante de recorrência ao SUP nestes casos (n=4), tendo existido um caso de IMV neste grupo.

Na ‘sintomatologia depressiva’ (n=14), a reobservação variou entre a manutenção das queixas (n=6) e surgimento de sintomatologia ansiosa (n=7), com dois casos de IMV.

Os utentes com ‘sintomatologia psicossomática’ (n=5) retornaram pela mesma sintomatologia ou por sintomatologia ansiosa.

Por fim, quando na primeira observação existia ‘sintomatologia psicótica’ (n=3), existiam múltiplas recorrências posteriores ao SUP, por sintomatologia variável.

Os motivos de ida ao SUP que se traduziram em maior número de reobservações foram a ‘sintomatologia psicótica’ (n=3), com uma média de 4,66 vezes, e a ‘sintomatologia depressiva’ (n=14), com média de 2,79 vezes (Tabela 2).

Tabela 2 - Motivos de observação e número médio de vinda ao serviço de urgência

1º Motivo de ida ao SUP	n	Motivos de nova ida ao SUP	n	Média de idas ao SUP
CANS	14	CANS	2	2,64
		CANS/IMV	1	
		CANS/Sintomatologia ansiosa	1	
		Ideação suicida	1	
		IMV	2	
		Problemas do comportamento	2	
		Sintomatologia ansiosa	2	
		Sintomatologia depressiva	3	
Agitação psicomotora	3	Agitação psicomotora	3	2,67
Sintomatologia obsessivo-compulsiva	2	Sintomatologia obsessivo-compulsiva	2	2
Ideação suicida	4	Problemas do comportamento	1	2,5
		Sintomatologia depressiva	2	
		IMV	1	
IMV	4	Sintomatologia ansiosa	2	2,5
		IMV/Sintomatologia depressiva	1	
		Sintomatologia depressiva	1	
Problemas do comportamento	21	Problemas do comportamento	17	2,48
		Agitação psicomotora	1	
		Sintomatologia psicossomática	1	
		Sintomatologia ansiosa	1	
		Problemas do comportamento/CANS	1	
Sintomatologia ansiosa	23	Ideação suicida	3	2,52
		Sintomatologia ansiosa	15	
		Sintomatologia ansiosa/s. psicossomática	1	
		Sintomatologia ansiosa/IMV	1	
		Agitação psicomotora	1	
		Problemas do comportamento	1	
		Sintomatologia ansiosa/Ideação suicida	1	
Sintomatologia depressiva	14	Sintomatologia depressiva/IMV	1	2,79
		Sintomatologia depressiva	5	
		Sintomatologia ansiosa	7	
		IMV	1	

Sintomatologia psicossomática	5	Sintomatologia ansiosa	2	2,2
		Sintomatologia psicossomática	3	
Sintomatologia psicótica	3	Ideação suicida/sintomatologia psicótica	1	4,67
		CANS/s. psicótica/ideação suicida/agitação	1	
		Sintomatologia ansiosa	1	

Legenda: Tabela de frequências dos motivos da primeira observação em serviço de urgência e das observações subsequentes, em número absoluto, e média de idas ao serviço de urgência, referente à amostra de crianças e adolescentes observados em urgência de Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico de Coimbra, no ano 2017, com duas ou mais observações nesse ano (n = 93). (SUP – serviço de urgência de pedopsiquiatria; CANS – comportamentos auto-lesivos não suicidários; IMV – intoxicação medicamentosa voluntária)

Pela gravidade inerente e pela frequência preocupante, avaliámos as IMV que foram observadas nas vindas subsequentes (n=8), na tentativa de perceber se existiria um padrão de sintomatologia na primeira observação. Percebemos que retornaram após episódios de urgência prévios de ‘CANS’ (n=3), ‘ideação suicida’ (n=1), ‘IMV’ (n=1), ‘sintomatologia ansiosa’ (n=1) e ‘sintomatologia depressiva’ (n=2). Destes, na primeira ida ao SUP, apenas 37,5% tinham acompanhamento por Pedopsiquiatria, mas 50% cumpriam medicação psicofarmacológica, ficando 1 internado.

Discussão

Neste estudo, objetivou-se que 93 crianças e adolescentes necessitaram de uma média de 2,6 observações em serviço de urgência de pedopsiquiatria (SUP) num ano, o que nos alerta para a necessidade de reavaliarmos novas estratégias de prevenção de recaídas ou de intervenção em crise.

A amostra sendo maioritariamente feminina (65,59%), com média de idades na faixa adolescente ($14,58 \pm 1,87$), é compatível com o que se encontra na literatura para a população portuguesa avaliada em SUP (Queirós, 2009).

Na primeira observação, os motivos de vinda eram maioritariamente ‘sintomatologia ansiosa’ ou ‘problemas de comportamento’, que apesar de corresponderem a psicopatologia pouco letal e maioritariamente de instalação crónica, apresentam grande repercussão no funcionamento global das crianças e adolescentes e no seu contexto, podendo explicar a recorrência ao SUP. No entanto, dado que a intervenção efetiva nestas perturbações tem de ser realizada em ambulatório, poderá ser

necessário reforçar estratégias de gestão aguda destas sintomatologias, bem como explicar os reais sinais de alarme, prevenindo o retorno à urgência.

De facto, sendo que do nosso conhecimento este é o primeiro trabalho na literatura que analisa os motivos de recorrência aos SUP no geral, não especificando para um diagnóstico/problema específico, não conseguimos comparar estes dados de forma fidedigna. Ainda assim, percebemos que a nossa amostra selecionada de utentes que são observados pelo menos duas vezes em SUP, varia um pouco as frequências nos motivos de observação em relação a outras amostras de observação em SUP sem mais especificadores. Por exemplo, num estudo canadiano que descreve a população pediátrica que foi observada pela primeira vez em contexto de urgência por perturbações na saúde mental, os motivos de observação em 81% dos casos foram ansiedade, reações de ajustamento, perturbações do humor e abuso de substâncias (Gill et al., 2017), não estando aqui patentes os problemas de comportamento tão frequentes na nossa amostra. Numa amostra portuguesa, 51% do total dos episódios de urgência deviam-se a comportamentos suicidários e alterações comportamentais (Queirós, 2009), sendo parcialmente compatível com o que encontramos no nosso trabalho, excetuando a sintomatologia ansiosa.

Por outro lado, na primeira observação em SUP da nossa amostra, percebemos que mais de metade não tinha acompanhamento prévio por Pedopsiquiatria, mas fazia medicação psicofarmacológica habitual, existindo mesmo assim necessidade de observação neste contexto. Isto reforça a indispensabilidade de um encaminhamento precoce para consultas da especialidade, que eventualmente poderiam reduzir o impacto agudo da psicopatologia e onde se poderia fazer o ajuste farmacológico adequado. Ainda assim, é preocupante apercebermo-nos que a nossa amostra espelha o que se encontra na literatura, onde cerca de metade das crianças que se apresentam no serviço de urgência por perturbações mentais não têm histórico de observação por serviço de pedopsiquiatria (Gill et al., 2017), e em que as evidências sugerem que as famílias muitas vezes procuram o serviço de urgência antes de recorrerem ao seu médico de família (Leon et al., 2017).

Além disso, com a utilização de psicofármacos na população pediátrica a aumentar bastante nas últimas duas décadas, em particular antipsicóticos no seu uso off-label, incluindo na idade pré-escolar (Chun, Mace, & Katz, 2016b), poderá ser necessário perceber que clínicos prescrevem e o que motiva esta opção, visto que na nossa amostra a prescrição excedia os utentes acompanhados por pedopsiquiatria.

Após a primeira observação em SUP, 91,39% dos utentes foram referenciados para consulta externa de pedopsiquiatria (primeiras consultas ou manutenção de seguimentos). De facto, seria preferível

que o encaminhamento para a consulta de especialidade surgisse nos cuidados de saúde primários, de uma forma precoce, e prévio a uma crise. Isto porque sabemos que quando os serviços de saúde mental não estão facilmente acessíveis, ou quando o tempo de espera é prolongado, os médicos de família constituem uma importante ponte (Chun et al., 2016a). Tem-se inclusivamente demonstrado que o screening psiquiátrico nos cuidados de saúde primários poderá ter repercussões positivas no encaminhamento precoce das crianças e adolescentes para consulta de especialidade (Chun et al., 2016b), podendo ser importante implementarmos estas práticas no nosso país. Em Portugal, neste momento, as recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários explanam a avaliação, triagem e motivos de referenciação que devem ser tidos em conta pelos médicos de família (Marques & Cepêda, 2009).

Quanto aos motivos de reobservação em SUP na nossa amostra, estes foram muito variáveis.

Quando a primeira observação era por ‘CANS’, existia uma maior variação nos motivos de reobservação, sendo que em apenas 3 casos foi por novo episódio de CANS.

Os comportamentos auto-lesivos são, de facto, frequentes entre os jovens, com prevalências em adolescentes que variam entre 6,9% e 15,9% (Bennardi, McMahon, Corcoran, Griffin, & Arensman, 2016). Sabe-se ainda que fatores de risco para auto-dano repetido incluem história prévia de auto-dano, tratamento psiquiátrico prévio, um método violento de auto-dano, relações familiares disfuncionais, familiar com dependência alcoólica, isolamento social, fraco rendimento académico e perturbações psiquiátricas específicas, incluindo depressão, abuso de substâncias, perturbações da ansiedade, esquizofrenia, perturbação de hiperatividade/défice de atenção, problemas de comportamento e perturbações da personalidade (Bennardi et al., 2016; Olfson et al., 2018). Num estudo irlandês que avaliou ainda fatores de risco associados à repetição de comportamentos de auto-dano, numa população dos 10 aos 29 anos, observados em serviço de urgência por este motivo, perceberam que o período de tempo entre o segundo e o terceiro episódios aumentava quando comparado com o tempo entre o primeiro e o segundo episódios, nos jovens com baixa frequência de repetição destes atos, enquanto que acontecia o contrário nos jovens com comportamentos de auto-dano de alta frequência (Bennardi et al., 2016).

Dada a amplitude dos fatores de risco, percebe-se a variação nos motivos de observação que encontrámos no nosso estudo, sendo que seria importante estudarmos esta amostra em particular, tendo em conta estas variáveis pessoais, familiares e sociais, no sentido de perceber melhor a população que observamos e implementar medidas preventivas ou de intervenção mais dirigidas.

Na nossa amostra, os utentes com ‘ideação suicida’ não regressaram pelo mesmo motivo e apenas um regressou por IMV. Nas ‘IMV’, também apenas um caso retornou pelo mesmo motivo. Isto poderá ser explicado pelos internamentos em Pedopsiquiatria que foram maioritariamente nestes utentes, com estabilização clínica e posterior acompanhamento em ambulatório especializado. A literatura considera que os utentes que mantêm desejo em morrer, agitação ou desesperança, que não conseguem ponderar um plano de segurança, que não têm um sistema de suporte adequado, que não podem ser monitorizados de forma adequada ou receber cuidados de follow-up, ou que tiveram uma tentativa de suicídio de alto grau de letalidade ou uma expectativa clara de morte, podem permanecer em risco de suicídio, e deve ser considerado o internamento especializado (Chun et al., 2016a), o que é a nossa prática clínica neste hospital. Sabemos ainda que a presença de comorbilidades, incluindo múltiplas perturbações psiquiátricas ou uma perturbação depressiva ou abuso de substâncias, estão associadas a um risco particularmente elevado de comportamento suicida (King, Berona, Czyz, Horwitz, & Gipson, 2015), pelo que encaminhamos sempre estas crianças e adolescentes para consulta externa, promovendo uma avaliação holística do jovem e do seu contexto, na perspetiva de conseguir uma intervenção multimodal.

Nas avaliações por ‘agitação psicomotora’, por ‘sintomatologia obsessivo-compulsiva’ e por ‘problemas de comportamento’, os utentes retornaram maioritariamente pelos mesmos motivos, o que reflete a necessidade da psicoeducação em relação à gestão da crise e aos sinais de alarme que exigem reobservação urgente.

Se a observação inicial foi por ‘sintomatologia ansiosa’, a maioria das recorrências foi pelo mesmo motivo. Sendo a ansiedade propensa a momentos de crise, necessitando de uma intervenção prologada e focada também na gestão destes momentos agudos, parece importante mais uma vez reforçar a necessidade do acompanhamento em consulta de especialidade, minorando o impacto funcional que acompanha estes sintomas. Um estudo longitudinal de 9 anos, no Canadá, examinou as observações em urgência de crianças e adolescentes por perturbações de ansiedade ou de stress, incluindo as novas idas aos serviços, tendo recomendado que se realizassem intervenções comunitárias e nas escolas no sentido de se ajudar na gestão do stress e da ansiedade de forma proativa, bem como alertar os pais para os sinais de alarme, prevenindo as crises (Bennardi et al., 2016). Nestes casos, poderá ser mesmo indispensável trabalhar com as redes e com a comunidade, mesmo na observação em urgência, no sentido de minorar a recorrência a este serviço, atendendo a que dificilmente o problema será resolvido neste contexto.

Por outro lado, na amostra deste trabalho, a ‘ideação suicida’ surgiu como um motivo importante de recorrência ao SUP após primeira observação com ‘sintomatologia ansiosa’, tendo existido um caso de IMV neste grupo. Na literatura encontramos que indivíduos que cometeram suicídio frequentemente visitaram serviços médicos nos meses anteriores, com motivos que variam de comportamentos auto-lesivos não suicidários (CANS) a queixas somáticas vagas (Chun et al., 2016a). No entanto, não encontramos uma associação clara de sintomatologia ansiosa sem outros fatores de risco repercutir-se em ideação suicida ou tentativas de suicídio, pelo que mais estudos devem ser conduzidos na clarificação deste achado.

Para os utentes com ‘sintomatologia depressiva’, as reobservações variaram entre a manutenção das queixas e o surgimento de sintomatologia ansiosa, com dois casos de IMV neste grupo. Mais uma vez, sabendo que se trata de uma situação cujo tratamento deverá ser em ambulatório, com médico assistente especializado, e com quem exista uma relação terapêutica, mantém-se aqui a necessidade de psicoeducar e de reforçar o encaminhamento para consulta e estratégias de gestão de momentos de crise, expectáveis nestas perturbações.

Por fim, as avaliações por ‘sintomatologia psicossomática’ retornaram pela mesma sintomatologia ou por sintomatologia ansiosa, reiterando muito do que já se disse nesta discussão. Sabemos que os sintomas médicos inexplicados são muito ansiogénicos para os pacientes e para as suas famílias, mas também para os clínicos, podendo existir a dúvida se existe uma falha no diagnóstico ou uma avaliação incompleta, surgindo a dificuldade acrescida de fazer entender os utentes que os sintomas físicos e psicológicos podem estar relacionados (Chun et al., 2016b). Tudo isto pode motivar as vindas repetidas aos serviços de urgência, seja pelos sintomas físicos, seja pela ansiedade decorrente destas questões.

Por fim, quando na primeira observação existia ‘sintomatologia psicótica’, existiam múltiplas recorrências posteriores ao SUP, por sintomatologia variável. Na verdade, é muitas vezes na adolescência que as manifestações inaugurais de esquizofrenia e perturbações bipolares surgem, com grande sobreposição da sintomatologia, sendo difícil o diagnóstico diferencial (Scivoletto, Turkiewicz, & Boarati, 2010). Deste modo, parece expectável que surjam reobservações em SUP por motivos vários.

Em relação à média do número de vindas ao serviço de urgência destacavam-se os utentes com sintomatologia psicótica, com uma média de 4,66 vezes, e a sintomatologia depressiva, com média de 2,79 vezes.

No primeiro caso, a amostra apresentava o viés de que um utente recorreu nove vezes ao SUP nesse ano, por motivos variados e pouco estruturados. Uma análise sistemática de repetidas vindas ao serviço de urgência por perturbações na saúde mental encontrou que crianças e adolescentes que já tinham acompanhamento especializado apresentavam uma probabilidade aumentada de visitas repetidas ao serviço de urgência, que poderia ser explicada por um conhecimento maior, familiaridade, e facilidade na gestão das complexidades associadas ao acesso aos serviços de saúde mental (Leon et al., 2017). Neste utente em particular, o serviço de urgência muitas vezes surgia praticamente como uma extensão do seguimento em consulta, justificando este número elevado de reobservações.

As recorrências dos utentes com sintomatologia depressiva são mais fidedignas, nesta amostra, mas poderão espelhar a mesma conclusão da literatura, de que o acesso e a utilização de serviços de saúde mental (em consulta ou internamento prévio) são os preditores mais robustos de retorno em curto espaço de tempo (Leon et al., 2017).

Pela gravidade e potencial letal das IMV, explorámos em maior detalhe as que foram observadas nas vindas subsequentes, na tentativa de perceber se existiria um padrão de sintomatologia na primeira observação. Verificámos que estes utentes retornaram após episódios de urgência prévios de ‘CANS’, ‘ideação suicida’, ‘IMV’, ‘sintomatologia ansiosa’ e ‘sintomatologia depressiva’. De facto, foram vários os motivos da primeira observação, o que limita a perceção de um fator potenciador. No entanto, alguns são fatores de risco amplamente conhecidos.

No caso dos CANS, os estudos mostram que o risco de suicídio está associado aos comportamentos de auto-dano, em particular se repetidos (Bennardi et al., 2016). Deste modo, receber tratamento depois de um episódio de auto-dano é necessário para qualquer paciente que surja no serviço de urgência (Bennardi et al., 2016), dado que cerca de um terço das vítimas de suicídio apresentam história de CANS nos 3 meses anteriores (Olfson et al., 2018). Inclusivamente, um estudo americano revelou que, após comportamentos de auto-dano, adolescentes e jovens adultos tinham 26,7 vezes maior risco de suicídio em um ano de follow-up. Perceberam, também, que diagnósticos prévios de ansiedade e depressão eram frequentes, embora também se destacassem nos adolescentes diagnósticos recentes de perturbação de hiperatividade/défice de atenção e outros comportamentos disruptivos. Nesse estudo, o risco de repetir comportamentos de auto-dano no ano seguinte era cerca de 100 vezes superior, quando comparado com amostra semelhante sem história pregressa destes comportamentos, e a repetição de comportamentos de auto-dano estava associada a diagnósticos de perturbações de personalidade, ansiedade, humor, abuso de substâncias, esquizofrenia e

comportamento. Já nesse estudo perceberam que esta variabilidade limitava a previsibilidades destes comportamentos (Olfson et al., 2018). Propuseram, deste modo, que a prioridade clínica fosse no reforço da segurança destes indivíduos, que poderia incluir intervir nas patologias psiquiátricas de base, restringir o acesso a métodos letais, reforçar o apoio psicossocial, e monitorizar os sintomas suicidários (Olfson et al., 2018).

Visto que na nossa amostra, na primeira ida ao SUP por IMV, apenas 37,5% tinham acompanhamento por Pedopsiquiatria previamente, mas 50% cumpriam medicação psicofarmacológica, parece óbvio que o encaminhamento precoce não estará a acontecer de uma forma eficaz antes destes episódios agudos, e que a acessibilidade a medicação pelas crianças e adolescentes torna este quadro passível de ocorrer, sendo por isso necessário alertar os cuidadores para um armazenamento seguro de todos os fármacos no domicílio.

A referenciação para consulta de especialidade é também muito importante, dado que pensamentos e comportamentos suicidas nos adolescentes estão associados a disfunção psicossocial, sofrimento pessoal e familiar, hospitalização psiquiátrica, e elevado risco de comportamento suicidário subsequente (King et al., 2015), sendo necessário supervisionar e intervir nestes utentes. Em Michigan, estudaram inclusive 81 adolescentes que se apresentaram para observação em urgência por queixas psiquiátricas ou não, mas que cotaram para elevado risco suicida, sendo que dois meses depois, 7,4% tinham feito uma tentativa de suicídio clara e 18,5% tinham realizado um comportamento suicidário (King et al., 2015).

Este trabalho apresenta algumas limitações. Trata-se de uma amostra pequena, podendo não ser representativa da população nacional; os dados foram recolhidos pela leitura apenas dos registos informáticos dos episódios de urgência, sendo que outros dados poderiam ter sido recolhidos (subtipo, idade de diagnóstico, antecedentes pessoais e familiares, diagnósticos prévios, contexto...); os motivos de observação são muito abrangentes, onde se incluem patologias muito diferentes, não observando o doente bio-psico-socialmente; a análise dos dados foi apenas descritiva e as elações retiradas foram na perspetiva dos autores, sem reprodutibilidade clara.

Conclusão

Salienta-se que apesar de serem variados os motivos de vinda ao SU de Pedopsiquiatria, são raras as reais urgências nesta especialidade médica, bem como são raras as situações que se podem resolver neste contexto.

Deste modo, a solução para diminuir as múltiplas reobservações passaria por uma melhor e mais atempada resposta em ambulatório, com técnicos de saúde mental, que incluem pedopsiquiatras e psicólogos, em meio hospitalar e na comunidade, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, onde se poderiam oferecer soluções de intervenção mais adequadas e efetivas.

Mais dados devem ser recolhidos, e as novas estratégias devem ser aplicadas, com posterior monitorização dos seus efeitos e ajuste das mesmas.

Referências

1. Bennardi, M., McMahon, E., Corcoran, P., Griffin, E., & Arensman, E. (2016). Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1120-2>
2. Chun, T. H., Mace, S. E., & Katz, E. R. (2016a). Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. *PEDIATRICS*, 138(3), e20161570–e20161570. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1570>
3. Chun, T. H., Mace, S. E., & Katz, E. R. (2016b). Evaluation and Management of Children With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part II: Recognition of Clinically Challenging Mental Health Related Conditions Presenting With Medical or Uncertain Symptoms. *PEDIATRICS*, 138(3), e20161573–e20161573. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1573>
4. Gill, P. J., Saunders, N., Gandhi, S., Gonzalez, A., Kurdyak, P., Vigod, S., & Guttman, A. (2017). Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 475–482.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.012>
5. Herbert, A., Gilbert, R., González-Izquierdo, A., Pitman, A., & Li, L. (2015). 10-y Risks of Death and Emergency Re-admission in Adolescents Hospitalised with Violent, Drug- or Alcohol-Related, or Self-Inflicted Injury: A Population-Based Cohort Study. *PLoS Medicine*, 12(12), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001931>
6. King, C. A., Berona, J., Czyz, E., Horwitz, A. G., & Gipson, P. Y. (2015). Identifying Adolescents at Highly Elevated Risk for Suicidal Behavior in the Emergency Department. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 100–108. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0049>
7. Leon, S. L., Cloutier, P., Polihronis, C., Zemek, R., Newton, A. S., Gray, C., & Cappelli, M. (2017, March 1). Child and Adolescent Mental Health Repeat Visits to the Emergency Department: A Systematic Review. *Hospital Pediatrics*, Vol. 7, pp. 177–186. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0120>
8. Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. In *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (Vol. 2).
9. Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S.-M., & Blanco, C. (2018). Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 141(4), e20173517. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517>
10. Queirós, O. (2009). Urgências Psiquiátricas na Adolescência. *Nascer e Crescer*, XVIII(no3), 168–172.

11. Scivoletto, S., Turkiewicz, G., & Boarati, M. A. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência TT - Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*, 32(supl.2), S112–S120. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>

O Senhor Medo de Falar: um caso de mutismo seletivo

Patrícia Magalhães (1); Teresa Sá (1); Filipa Silva (1); Paula Barrias (2)

1. Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

2. Médica Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Resumo

O Mutismo Seletivo (MS) é uma perturbação que surge na infância e que se traduz pela incapacidade persistente em falar em situações sociais específicas nas quais o comportamento verbal é esperado (por exemplo, no contexto escolar), embora o indivíduo fale noutras situações (por exemplo, em casa). De acordo com os sistemas de classificação atuais, o MS é considerado uma perturbação ansiosa. O diagnóstico é frequentemente realizado com a entrada para o primeiro ciclo, muito embora os sintomas se apresentem desde a idade pré-escolar. A sua prevalência varia entre 0.71-2%, acometendo mais crianças do sexo feminino. O seu tratamento pode ser difícil e desafiador. O tratamento farmacológico com Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e o tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental são os mais recomendados.

Os autores propõe-se a apresentar e discutir um caso clínico de uma menina de 6 anos com diagnóstico de MS, cuja intervenção psicoterapêutica se baseou no modelo cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Mutismo Seletivo; Perturbação de Ansiedade; Intervenção Cognitivo-comportamental.

Introdução

O Mutismo Seletivo (MS) traduz-se pela incapacidade persistente em falar em situações sociais específicas nas quais o comportamento verbal é esperado (frequentemente, no contexto escolar), embora o indivíduo fale noutras situações (por exemplo, em casa).

Esta condição foi inicialmente descrita por Kussmaul, em 1877 que a designou por “*afasia voluntária*” e mais tarde, em 1934, por Tramer, denominando-a por “*mutismo eletivo*”. Estas designações são hoje desaprovadas por apelarem à intencionalidade para não falar. Os sistemas de classificação atuais consideram o MS uma perturbação ansiosa.

A Fobia Social é a perturbação que ocorre em comorbilidade com maior frequência (50-95%). Outras perturbações de ansiedade são comorbilidades frequentes, tais como, perturbação de ansiedade de separação, perturbação de pânico, assim como, timidez e insegurança marcadas.

O diagnóstico do MS é frequentemente realizado com a entrada para o primeiro ciclo, muito embora os sintomas se apresentem desde a idade pré-escolar. A sua prevalência varia entre 0.71-2%, acometendo mais crianças do sexo feminino (2:1) e bilingues.

Atualmente, a etiologia do MS é descrita como multifatorial, contribuindo fatores genéticos, desenvolvimentais, psicológicos e ambientais.

Esta perturbação tem um impacto inegável no funcionamento académico, familiar e social do indivíduo. Em crianças em idade escolar, a recusa escolar pode ser uma forma de apresentação da perturbação, funcionando como evitamento das situações ansiógenas onde o comportamento verbal é esperado.

O tratamento do MS pode ser difícil e desafiador. Por vezes, como em contexto familiar a criança fala, ela é apenas considerada tímida, o que pode contribuir para o atraso na procura de ajuda especializada. O tratamento farmacológico com Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e o tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental são os mais recomendados.

Objetivo

Os autores dispõem-se a apresentar e discutir um caso clínico de uma menina de 6 anos com diagnóstico de MS.

Caso Clínico

Menina de 6 anos, 3^a de uma fratria de 3, residente em Famalicão com os pais e 2 irmãos (8 e 12 anos). Encaminhada pelo seu médico assistente para a consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PIA) do Centro Materno Infantil do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, por suspeita de MS, com início desde a entrada para o infantário.

A menina frequentava o mesmo infantário desde os 3 anos e não falava com a Educadora, funcionários ou colegas da turma (excepto com uma amiga preferencial, a MN). Segundo a Educadora, participava de forma não-verbal nas atividades propostas. Terão existido algumas situações muito pontuais em que a A. espontaneamente participou de forma verbal em contexto

escolar. Nestas circunstâncias os colegas da turma e funcionários teriam feito uma grande festividade em torno da situação. A Educadora reportava dificuldades na avaliação das competências pré-escolares da menina, assim como a preocupação com a integração no ensino primário que estaria para breve.

No contexto familiar, falava com os pais, irmãos e avós (quer paternos, quer maternos); não falava com os restantes familiares. Mesmo com as pessoas que habitualmente falava, sempre que estavam na presença de outras pessoas, não falava. Frequentemente estava com os padrinhos, mas apenas falava com os mesmos pelo telemóvel. Em festas de família, ficava junto dos pais, não falava com ninguém e sempre que alguém falava com ela, esperava que os pais respondessem por ela. Segundo os pais, a A. desde sempre foi uma menina tímida e com muita vergonha de falar, muito embora não identificassem qualquer dificuldade ao nível das competências de linguagem expressiva da A. Por isso, tinham a convicção “que precisava de mais tempo para se habituar ao jardim-de-infância” e “que com o tempo esta situação passava” (sic, pais), só procurando ajuda especializada 3 anos após o problema ter sido sinalizado pela Educadora.

Desde há cerca de meio ano, a A. frequentava os Escuteiros juntamente com o irmão de 8 anos. Neste contexto, tal como em contexto pré-escolar, participava nas tarefas propostas sempre de forma não-verbal e apenas sussurrava pontualmente com a chefe dos Escuteiros.

Na primeira consulta, da avaliação clínico-psiquiátrica pôde constatar-se que A. se tratava de uma menina simpática, com uma linguagem não-verbal vasta, muito sorridente, com uma postura algo ansiosa. Os sinais de ansiedade mostravam-se mais evidentes quando era solicitado o seu comportamento verbal. O pai da menina apenas forneceu informação quando solicitada diretamente, com discurso minimal. Referiu que durante a infância procurava esconder-se, sempre que alguém visitava a casa dos seus pais, porque “tinha muita vergonha”. A mãe da A. descreveu-se como “ansiosa”, reportando comportamentos de sobreenvolvimento com os filhos.

O diagnóstico de MS foi estabelecido na primeira consulta e foi solicitado o preenchimento dos questionários de MS pelos pais e Educadora. Foi proposta uma intervenção psicoterapêutica baseada em estratégias cognitivo-comportamentais, envolvendo os contextos em que a menina estava inserida (familiar, pré-escolar, Escuteiros). Assim, foi realizada uma apresentação em PowerPoint para os pais de forma a esclarecer o que é o MS, qual a sua etiologia e a intervenção proposta, permitindo um espaço de discussão para os mesmos colocarem as dúvidas que surgissem. De forma a envolver a Educadora e a chefe dos Escuteiros, foram solicitadas informações sobre a integração e adaptação da A. nestes contextos e realizados pedidos de colaboração às mesmas.

Foram também fornecidos folhetos informativos aos pais e Educadora com recomendações para lidar com esta problemática, incentivando o comportamento verbal.

Com a A. as primeiras consultas foram realizadas com o intuito de se estabelecer uma relação terapêutica. O modelo cognitivo-comportamental foi posteriormente explicado utilizando fantoches e com a história do “Senhor Medo de Falar e a princesa Ana”.

As sessões foram inicialmente realizadas com uma periodicidade quinzenal e posteriormente mensal. Ao longo das sessões foram trabalhadas estratégias de relaxamento e realizadas tarefas de exposição gradual nos diferentes contextos (consulta, pré-escolar, familiar, Escuteiros) recorrendo também a uma tabela de recompensas construída em conjunto com os pais e a A. (tabela 1 e 2).

Tabela 1 - Tarefas de exposição gradual

Contexto	Tarefa de exposição
Consulta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ficar a sós com a técnica na sessão 2. Ir à sala de espera chamar os pais, enquanto a técnica ficava dentro do gabinete da sessão 3. Fazer registo áudio do que mais gostou da última sessão e mostrar à técnica na sessão seguinte 4. Dizer à técnica durante a sessão o que mais gostou na sessão anterior 5. Cumprimentar outras técnicas que não participavam do processo terapêutico
Familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ir ao restaurante e apontar para o pretendido no menu 2. Ir ao restaurante e pedir o que pretende do menu 3. Tarefa de exposição com os padrinhos: falar com os padrinhos pelo telemóvel; depois dizer o mesmo de costas voltadas para os mesmos e posteriormente, de frente
Pré-escolar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na sala da turma, uns minutos antes de iniciar as atividades, a A. e a MN. conversarem. 2. Na sala da turma, uns minutos antes de iniciar as atividades, a A. e a MN. conversarem na presença da Educadora. 3. Na sala da turma, uns minutos antes de iniciar as atividades, a A. dizer alguma coisa à Educadora. 4. Participar verbalmente nos “Bons dias”.
Escuteiros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantar a oração de “São Francisco” para o irmão. 2. Cantar a oração de “São Francisco” para a chefe dos Escuteiros. Cantar em tom baixo a oração de “São Francisco” com os restantes escuteiros. 3. Cantar a oração de “São Francisco” sozinha para os restantes escuteiros.

Legenda: exemplos de tarefas de exposição gradual realizadas em contexto de consulta, pré-escolar, familiar e Escuteiros.

Tabela 2 - Tabela de recompensas

Recompensas de menor valor	Recompensas de valor médio	Recompensas de elevado valor
Autocolantes	Livro de colorir	Ir ao cinema
Escolher Jantar	Marcadores/lápis de cor	Jantar no restaurante
Ir ao parque da cidade		Peça de roupa

Legenda: exemplos de recompensas utilizadas.

A menina e os seus pais mostraram-se sempre colaborantes na realização das atividades propostas, assim como a Educadora (quando as tarefas eram realizadas em contexto de infantário) e chefe dos Escuteiros. As tarefas foram todas cumpridas com sucesso. Após a 3^a consulta, a menina já apresentava comportamento verbal com alguns elementos do infantário, já falava com os pais na rua na presença de outras pessoas e passou a apresentar comportamento verbal com o médico que a acompanhava em consulta. Ao longo do acompanhamento, foi generalizando este comportamento verbal em todos os contextos.

Seis meses após início do acompanhamento ingressou o ensino primário. Nessa altura, foi realizada uma articulação com a nova professora no sentido de lhe fornecer medidas psicoeducativas e orientações sobre o MS. A integração ao ensino primário foi descrita como normativa, e a professora descrevia a A. como uma menina bem integrada com os pares, empenhada, participando em contexto de aula quando é esperado.

Teve alta clínica da consulta de PIA 14 meses após a primeira consulta, uma vez que se encontrava sem descompensação psicopatológica, bem integrada em todos os contextos sociais onde se inseria, deixando de reunir critérios para o diagnóstico de MS.

Conclusão

O MS é uma condição clínica que acomete crianças com um impacto considerável no funcionamento social e académico das mesmas. O diagnóstico e intervenção devem ser precoces de forma a minimizá-lo. A construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e compreensão, aliada a uma intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental mostraram-se fundamentais na melhoria do quadro clínico apresentado.

Referências

- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernstein (2018). Pediatric Social Phobia and Selective Mutism. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/917147-overview>.
- Diliberto R., Kearney C. (2016). Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*.
- Gensthaler A., Khalaf S., Ligges M., Kaess M., Freitag C, Schwenck C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Hua A., Major N. (2016). Selective mutism, Current Opinion Pediatrics.
- Muris P., Hendriks E., Bot S. (2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Muris P., Ollendick T. (2015). Children who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Ver*.
- Oerbeck B., Stein M., Pripp A., Kristensen H. (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Østergaard K. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Reuther T., Dvis T., Moree B., Matson J. (2011). Treating Selective Mutism Using Modular CBT for Child Anxiety: a case study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40 (1), 156-163.
- Viana A., Beidel D., Rabian B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*.
- Wong P. (2010). Selective mutism: a review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7 (3).

Quando o Espelho não Reflete o que Sou - relato de caso

Mágui Neto (1) Cláudia Barroso (2)

1. Unidade de Saúde Familiar Salvador Machado

2. Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Resumo

Saber identificar crianças e adolescentes com disforia do género é de primordial importância. A discrepância entre o género atribuído e o experienciado/expressado acarreta sofrimento significativo e, como minoria demográfica, encontram-se sob maior risco discriminação e violência. Assim, esta população tem maior prevalência de patologia psiquiátrica e comportamento suicidário.

A identificação atempada permite a orientação para equipas especializadas que garantem uma intervenção psicoterapêutica e sociofamiliar durante o longo e difícil processo de transição de género.

Palavras-Chave: Psiquiatria; Pedopsiquiatria; Disforia de Género

Relato de Caso

M.B.P, sexo feminino, raça caucasiana, 11 anos de idade, inserida em família nuclear adotiva desde os dois anos de idade. Transitou para o 5º ano de escolaridade. É seguida em consulta externa de Pediatria do Desenvolvimento por Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção assim como dificuldades de aprendizagem e na consulta externa de Psicologia. Medicada habitualmente com Metilfenidato, 36 mg, 1 toma diária.

Em Julho de 2016 é observada pela primeira vez na Consulta Externa de Psiquiatria da Infância e Adolescência no contexto de avaliação escolar, com alteração comportamental em contexto de frustração. Desde há dois anos que apresenta queixas de ansiedade que a mãe relaciona com as dificuldades de aprendizagem na escola. Refere episódio único de crise de ansiedade, com recuperação espontânea sem necessidade de terapêutica farmacológica. Relata ainda dificuldade de concentração com a medicação instituída. São negadas dificuldades na integração com pares ou professores.

De destacar na anamnese: retirada da família biológica por ordem judicial em 2007 no contexto de alcoolismo crónico e negligência parental. Desde os dois anos inserida em família nuclear adotiva com a irmã mais velha. A família apresenta critérios de boa funcionalidade e dinâmica; Iniciou seguimento na consulta de Desenvolvimento por atraso psicomotor aparentemente associado a falta de estímulo ambiental - aos dois anos falava apenas algumas palavras, ainda não tinha iniciado marcha autónoma (30 meses) nem controlo esfíncteriano (36 meses) - com recuperação por volta dos 3 anos de idade; Socialmente apresenta boa relação com os pares e figuras de autoridade e boa capacidade de comunicação; Apresenta dificuldades de aprendizagem na leitura e escrita detetadas no primeiro de escolaridade e desde então acompanhada pelo ensino especial.

Ao exame objetivo apresenta bom estado geral embora com excesso de peso. Aspeto feminino mas pouco investido. Ao exame do estado mental não se evidenciam sinais de psicopatologia.

Conclui-se que estes comportamentos são compatíveis com dificuldades do controlo emocional em jovem com dificuldades escolares. Dadas as queixas de défice de atenção e melhoria com metilfenidato, ajusta-se a dose ao peso, iniciando 54 mg em toma única diária.

Em Dezembro de 2017 com 12 anos de idade vem a consulta com mãe e irmã e refere que desde há dois meses que não quer ser tratada pelo nome próprio, apenas pelo apelido, rapou o cabelo contra a vontade dos pais, apenas veste roupa masculina, adotou uma voz grave e “comportamentos masculinos” e afirma sentir-se atraída sexualmente por indivíduos do sexo feminino. Denota-se instabilidade familiar, a mãe e a irmã (que acompanham a utente na consulta) com dificuldade em gerir e “aceitar” a situação. O pai com comportamento mais adequado. A mãe encontra-se muito centrada, algo invasiva, numa suposta alteração da vulva. Quando questionada, M.B.P afirma “Sempre quis ser rapaz” (sic)

A exploração do tema permite a descoberta de padrões comportamentais “típicos” de género cruzado/masculino desde os dois anos de idade. A mãe descreve que quando iniciou o controlo esfíncteriano (3 anos), M.B.P dirigia-se à casa de banho masculina e tentava urinar em pé ou no urinol repetindo a atitude no domicílio. Não queria brincar com bonecas, optando sempre por carros, bolas ou brincadeiras/desportos de contacto (luta simulada, futebol, basquetebol entre outros)., Todos os seus amigos sempre foram do sexo masculino. Nunca gostou de roupa feminina (vestidos ou saias), recusava a vesti-las e chegou a rasgar roupa nova para não ter de a usar. Opta sempre por calças ou calções, t-shirt ou camisolas largas e sapatilhas ou chinelos. Não se adaptou bem ao surgimento dos caracteres sexuais secundários e sempre demonstrou atração sexual pelo género feminino.

À observação clínica aparenta “aspecto masculino” com cabelo muito curto, tom de voz grave e postura masculina (senta-se de pernas afastadas e cotovelo em cima da mesa). Identifica-se claramente com o género masculino, demonstrando vontade expressa de mudar de género e descreve com tristeza as dificuldades e constrangimentos associados a esta incongruência como, por exemplo, o facto de não ser aceite em nenhuma das casas de banho ou balneários. Ao exame do estado mental não se evidencia sinais de psicopatologia.

Após análise da anamnese e exame do estado mental pondera-se a hipótese diagnóstica de *Disforia de Género*. Explica-se no que consiste o diagnóstico, o facto de ser uma condição não patológica, não opcional, inata ao indivíduo e a importância do envolvimento e apoio familiar. Articula-se com a escola e psicóloga que acompanha a M.B.P. Dadas as queixas de alteração macroscópica da vulva pede-se avaliação por Ginecologia e Obstetrícia, ecografia pélvica, estudo do cariótipo, idade óssea e estudo analítico e hormonal. Marca-se nova avaliação em 6 meses.

Em Junho de 2018, aos 13 anos de idade, o quadro clínico é sobreponível embora com uma franca melhoria dos sintomas ansiosos. Consta-se uma boa articulação entre a escola-psicologia-pedopsiquiatria. A família parece aceitar melhor o diagnóstico.

Teve consulta externa de Ginecologia e Obstetrícia que relatou “Caracteres sexuais femininos desenvolvidos correspondentes ao estadio de Tanner 5. Apresenta hipertrofia dos pequenos lábios. Ecografia pélvica e ginecológica sem alterações”. O estudo complementar revelou cariótipo 46 XX, idade óssea compatível com 16 anos (idade real 13 anos), estudo hormonal (GH, LH, FSH, DHEA-SO₄, 17-Hidroxiprogesterona, Dehidroepiandrosterona, Testosterona total e livre, Estradiol e Prolactina) e analítico (Hemograma, Função renal, Função hepática e Bioquímica) sem alterações.

Orienta-se o caso para consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, por preferência dos pais, uma vez este dispõe de consulta de Sexologia e Unidade de Reconstrução Génito-Urinária.

Disforia de Género

A *Disforia de Género* refere-se ao sofrimento psicológico associado à marcada incongruência entre o género experienciado/expressado e o género atribuído à nascença, ou seja, o sexo (Turban, Zucker Professor, Gillian Laub, & Monde, 2014).

É um diagnóstico clínico que pressupõe uma avaliação profunda e longitudinal da criança/adolescente (Turban et al., 2014).

Várias escalas foram desenvolvidas para auxiliar o diagnóstico embora nenhuma delas, isoladamente, consiga estabelecer o diagnóstico.

A avaliação da identidade de género inclui: avaliação do desenvolvimento psicomotor; avaliação da saúde mental; história cronológica da expressão de género e identidade fornecida pelos pais/cuidadores; avaliação formal da identidade de género da criança por profissional habilitado; avaliação familiar e avaliação da segurança da criança/adolescente (Turban et al., 2014).

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico de Disforia de Género

Criança	Adolescente/Adulto
<p>Marcada incongruência entre o género experienciado/expressado e o género atribuído à nascença durante, pelo menos, 6 meses, manifestado por, pelo menos, 6 das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em rapazes uma evidente preferência para se vestir com roupas feminina ou de forma mista; Em raparigas uma forte preferência para vestir roupas masculinas ou uma forte resistência em vestir saias ou vestidos femininos; 2. Uma marcada preferência por desempenhar o papel do sexo oposto em jogos de faz de conta; 3. Uma forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades estereotipicamente atribuídas ao género oposto; 4. Uma grande preferência por amigos do género oposto; 5. Em rapazes marcada rejeição de brinquedos, jogos ou atividades masculinas e forte evicção de brincadeiras lúdico-agressivas; Em raparigas marcada rejeição de brinquedos, jogos ou atividades femininas; 6. Repulsa pela sua anatomia sexual; 7. Grande desejo de possuir os caracteres sexuais primários e/ou secundários do sexo experienciado/expressado. 	<p>Marcada incongruência entre o género experienciado/expressado e o género atribuído à nascença durante, pelo menos, 6 meses, manifestado por, pelo menos, 2 das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marcada incongruência entre o género experienciado/expressado e os caracteres sexuais primários e/ou secundários; 2. Desejo manifesto de não apresentar os caracteres sexuais primários e/ou secundários devido à marcada incongruência com o género experienciado/expressado (em jovens adolescentes desejo de prevenir/evitar o aparecimento dos caracteres sexuais secundários); 3. Grande desejo de possuir os caracteres sexuais primários e/ou secundários do sexo experienciado/expressado; 4. Forte desejo em ser do género oposto ou género alternativo ao atribuído à nascença; 5. Uma grande vontade de ser tratado pelo género experienciado/expressado; Convicção que possui os sentimentos, atitudes e reações típicas do género experienciado/expressado;
<p>A Condição está associada a grande sofrimento ou disfunção social, escolar ou noutras áreas de funcionamento importantes</p>	

Legenda: Critérios de Diagnóstico de Disforia de Género segundo a DSM-V (American Psychiatric Association, 2014)

Discussão do Caso

A identificação precoce de crianças e adolescentes com disforia do gênero é de primordial importância. A discrepância entre o gênero atribuído e o experienciado/expressado acarreta sofrimento significativo e, como minoria demográfica, encontram-se sob maior risco discriminação e violência. Esta população tem maior prevalência de patologia psiquiátrica (perturbação da ansiedade e depressiva) e comportamento suicidário.

O caso da “M” ilustra bem o sofrimento que estas crianças/adolescentes sentem não só para assumir a sua condição mas também na incessante procura de aceitação e apoio tanto da família como da própria sociedade.

Nesta situação particular, assim que os critérios de diagnóstico (DSM-V) para disforia de gênero foram estabelecidos, a escola e a psicóloga foram notificadas e a

intervenção psicoterapêutica junto da utente e da família iniciou-se. Desde então a dinâmica familiar mudou, os níveis de frustração e sofrimento diminuíram e a perspectiva de uma nova identidade de gênero começou.

O diagnóstico precoce de crianças e adolescentes com disforia de gênero permite uma abordagem holística e personalizada junto da utente e família e nos diversos contextos do seu dia-a-dia. Esta intervenção psicoterapêutica e sociofamiliar permite não só o acompanhamento da criança durante o longo e difícil processo de transição de gênero como cria uma rede de suporte essencial para que esta ocorra da forma mais saudável, estável e segura, permitindo, em última análise, o “renascimento” de uma nova identidade com as competências biopsicossociais essenciais para a reintegração completa e satisfatória na sociedade.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. American Psychiatric Association. In *DSM*.<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

Turban, J. L., Zucker Professor, K. J., Gillian Laub, P., & Monde, L. (2014). *Transgender and gender non-conforming youth* *TRANSGENDER AND GENDER NON-CONFORMING YOUTH 2018* edition. 1–28. Retrieved from <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>

Psicopatologia e Atopia em Crianças e Adolescentes

Luísa Duarte (1), Vanessa Pinto (1), Teresa Cartaxo (1)

1. Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Resumo

Vários estudos apontam para uma associação relevante entre patologia alérgica (PA) e patologia psiquiátrica (PP), mas a forma como estes grupos patológicos se relacionam ainda não é clara.

PA, nomeadamente, alergia alimentar (AA), medicamentosa e respiratória, pode representar um importante fator stressor para a criança/adolescente, podendo contribuir para o desenvolvimento de PP, a qual pode, por sua vez, contribuir para um mau controlo sintomatológico da PA, com consequente impacto na qualidade de vida da criança/adolescente.

Este trabalho tem como objetivo rever o conhecimento científico acerca desta relação bilateral e refletir acerca das implicações da mesma para a prática clínica.

A literatura descreve sistematicamente uma associação entre PA e PP, quer na sua génese quer agravando-se bilateralmente. A associação melhor investigada é entre a asma e a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA).

Acredita-se que existam fatores genéticos, sociais e ambientais comuns a estes dois grupos patológicos, bem como um perfil inflamatório particular, pelo que a avaliação e modelamento da atividade do sistema imunitário poderão ter, respetivamente, potencial diagnóstico e terapêutico na PP.

O conhecimento da existência desta associação pode contribuir para um menor atraso diagnóstico e a identificação precoce e intervenção adequada e atempada em crianças/adolescente em risco podem contribuir para a redução da carga da doença e melhor prognóstico de ambas as patologias, bem como para a melhoria da qualidade de vida.

É, no entanto, necessária mais investigação para melhor compreensão da etiopatogenia desta relação e para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para estes grupos patológicos.

Palavras-chave: atopia; psicopatologia; criança; adolescente.

Introdução

PA constitui-se como o grupo de doenças crônicas mais frequente na infância (Stone, 2003; Vasar, Julge, & Björkstén, 2007) e a sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas (Adler, 2003; Thalayasingam & Lee, 2013). A prevalência de PP na infância tem acompanhado este aumento de forma gradual e simultânea (Atladóttir et al., 2007; Boyle et al., 2011).

Vários estudos apontam para uma associação relevante entre PA e PP (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, & Bai, 2014; M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, Pan, et al., 2014; Goodwin, Robinson, Sly, & Holt, 2017), mas a forma como estes dois grupos patológicos se relacionam ainda não é clara.

PP e PA poderão ter bases etiológicas comuns, nomeadamente imunológicas (Tsai et al., 1999; Raison, Capuron, & Miller, 2006; Kim, Jung, Myint, Kim, & Park, 2007; Yarlalagadda, Alfson, & Clayton, 2009; Oades, Dauvermann, Schimmelmann, Schwarz, & Myint, 2010; Dowlati et al., 2010; Liu, Ho, & Mak, 2012; M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, & Bai, 2014).

No entanto, o maior reconhecimento desta relação pela comunidade científica parece ainda não ter provocado alterações relevantes ao nível da prática clínica (Blackman & Gurka, 2007).

PA, nomeadamente, AA, medicamentosa e respiratória, pode representar um importante fator stressor agudo e crónico para a criança/adolescente e a sua família (Klennert & Robinson, 2008; King, Knibb, & Hourihane, 2009; Shanahan, Zucker, Copeland, Costello, & Angold, 2014), podendo contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de PP. A maioria dos tratamentos da PA focam-se na doença em si e, muito raramente, nas comorbilidades desenvolvimentais e comportamentais associadas (Blackman & Gurka, 2007), as quais podem contribuir para uma má progressão da PA, com conseqüente impacto na qualidade de vida da criança/adolescente e sua família (Escobar, 2005; Ostblom, Egmar, Gardulf, Lilja, & Wickman, 2008; Flokstra-de Blok et al., 2010; Alanne, Nermes, Söderlund, & Laitinen, 2011; Manzoni et al., 2013; Ravid et al., 2015).

Figura 1 - Relação bilateral entre a PA e a PP



Legenda: Esquema da relação entre a PA e a PP de um ponto de vista psicossocial.

Este trabalho tem como objetivo rever o conhecimento científico acerca da relação bilateral entre PP e PA e refletir acerca das implicações da mesma para a prática clínica.

Métodos

Realizou-se uma revisão não sistemática da literatura através de pesquisa bibliográfica no motor de busca PubMed até 31 de agosto de 2018, com os termos “*atopy*”, “*psychopathology*”, “*child*” e “*adolescent*”. Selecionaram-se 24 artigos relevantes para o tema, escritos em inglês. Outros 44 artigos relacionados com o tema, citados nos acima referidos 24 artigos, foram também utilizados para a redação deste trabalho.

Resultados e Discussão

PHDA e Asma

Crianças com asma são frequentemente reportadas como tendo mais dificuldades escolares que os seus pares, apresentando comportamentos hiperativos e impulsivos, que se pensou serem secundários à asma e/ou ao tratamento da mesma. No entanto, existe cada vez maior evidência de que nem a asma, nem o tratamento desta estão na origem dos referidos problemas comportamentais (Biederman, Milberger, Faraone, Guite, & Warburton, 1994; Daly et al., 1996; Bender, Iklé, DuHamel, & Tinkelman, 1998), pelo que os sintomas de PHDA não devem ser desvalorizados como sendo apenas parte da sintomatologia ou resultado do tratamento da asma (Hammerness et al., 2005). Vários artigos descrevem uma associação relevante entre os sintomas de asma e de PHDA

(Bussing, Halfon, Benjamin, & Wells, 1995; McQuaid, Kopel, & Nassau, 2001; Secnik, Swensen, & Lage, 2005; Halterman et al., 2006; Blackman & Gurka, 2007; Yuksel, Sogut, & Yilmaz, 2008; McQuaid et al., 2008; Fasmer et al., 2011). Observou-se que asma na primeira infância (0-3 anos) aumenta o risco de PHDA na idade escolar (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, et al., 2013) e asma na infância (8-9 anos) está associada ao desenvolvimento de PHDA de apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade na adolescência precoce (13-14 anos), sendo que esta relação poderá ser parcialmente explicada por fatores genéticos (Mogensen, Larsson, Lundholm, & Almqvist, 2011). Observou-se também que asma na infância associa-se a risco até 2 vezes superior de PHDA e que este risco é maior quanto mais grave a asma, não sendo afetado pelo tratamento da mesma (Holmberg, Lundholm, Anckarsäter, Larsson, & Almqvist, 2015). Existe, portanto, uma associação significativa entre a asma e a PHDA, que se mantém mesmo controlando vários possíveis fatores confundidores (Cortese et al., 2018), o que sugere que a etiologia da PHDA poderá ser, em parte, comum da asma. No entanto, esta relação ainda não está totalmente compreendida. Sabe-se que baixo peso à nascença, atraso no crescimento fetal e baixo nível socioeconómico são fatores de risco comuns à asma (Almqvist, Pershagen, & Wickman, 2005; Ortqvist et al., 2009) e à PHDA (Hultman et al., 2007; Langley, Holmans, van den Bree, & Thapar, 2007). Sabe-se também que a asma e a PHDA têm ambas um importante componente hereditário (Lichtenstein & Svartengren, 1997; Larsson, Lichtenstein, & Larsson, 2006) e poderão partilhar alguns fatores genéticos, embora pareça existir uma transmissão independente de PHDA e de asma nas famílias (Hammerness et al., 2005).

Episódios agudos ou exacerbações de asma levam a um aumento da concentração de óxido nítrico (N₂O) ambiental no sangue. Esta molécula inibe a sinalização glutamatérgica e α 7 colinérgica, levando a défices de memória de trabalho e poderá, assim, estar envolvida no agravamento de uma PHDA comórbida (Fluegge & Fluegge, 2018).

É importante referir que PHDA recém-diagnosticada interfere de forma mais importante que asma recém-diagnosticada na vida diária das crianças e suas famílias, sendo que crianças com PHDA mostram maiores dificuldades ao nível do funcionamento psicossocial que crianças com asma e maiores dificuldades ao nível do funcionamento psicossocial e físico do que crianças saudáveis (Escobar, 2005). Adolescentes com PHDA têm risco aumentado de desenvolver depressão unipolar ou bipolar mais tarde na vida, sendo o risco de desenvolver uma perturbação do humor superior se existir comorbilidade com asma. (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, & Bai, 2014). De facto, vários outros estudos demonstraram que PHDA em comorbilidade com PA, nomeadamente,

com asma, parece associar-se a prevalência aumentada de perturbações do humor (Schmitt, Buske-Kirschbaum, & Roessner, 2010; M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, & Bai, 2013; M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, et al., 2013; M.-H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, et al., 2013).

PHDA e PA

Doentes com PHDA têm também incidência aumentada de dermatite atópica (DA) e rinite alérgica (RA) (Verlaet, Noriega, Hermans, & Savelkoul, 2014; Jang Kwon et al., 2014; Wang et al., 2018).

Crianças com RA apresentam mais sintomas de PHDA do que crianças sem RA e os mesmos são tanto mais intensos quanto mais graves os sintomas de RA. Os sintomas da RA poderão também ser uma causa direta de distração cognitiva e desatenção (Feng et al., 2017).

AA sozinha, AA com RA ou asma, ou AA com RA e asma associam-se de forma independente com risco aumentado de PHDA. Adicionalmente, AA e sintomatologia alérgica respiratória precoces contribuem de forma independente e sinérgica para risco aumentado de PHDA (Jiang et al., 2018).

A associação entre sintomas de PHDA e PA é heterogénea e parece envolver múltiplos mecanismos patofisiológicos (van der Schans, Hak, Hoekstra, & de Vries, 2018).

A PHDA parece ser causada por múltiplos fatores biológicos e sociopsicológicos, funcionando sozinhos ou de forma sinérgica. Existe um desequilíbrio de neurotransmissores cerebrais, incluindo dopamina, norepinefrina e 5-hidroxitriptamina (5-HT), que também pode ser observado em reações alérgicas (Jiang et al., 2018).

Crianças com PHDA têm níveis mais elevados de eosinófilos e imunoglobulina (Ig) E e níveis mais baixos de 5-HT sérica e hemoglobina. O neurotransmissor 5-HT está ligado ao controlo dos impulsos e emoções e poderá estar associado a comportamentos disruptivos. Crianças com asma ou outras doenças inflamatórias têm frequentemente níveis baixos de hemoglobina. Quanto mais destes fatores de risco se verificarem numa criança, maior é a probabilidade de esta ter diagnóstico de PHDA (Wang et al., 2018), o que sugere que que PA precede ou coexiste com PHDA.

Alguns genes associados à PHDA têm funções imunológicas, nomeadamente, o SNAP25¹, que se pensa estar envolvido na libertação de histamina pelos mastócitos, o STAT6², envolvido no

¹ Proteína 25 associada ao sinaptossoma

² Transdutor de sinal e ativador da transcrição 6

funcionamento das células T auxiliares (Th) 2 e importante para a regulação imunológica, e genes ligados ao MHC³ (Verlaet et al., 2014).

Na PA parece existir uma desregulação oxidativa e imunológica caracterizada por uma inflamação crónica mediada por células Th2, com aumento das citocinas e da atividade eosinofílica, com consequentes danos neuronais e da neurotransmissão, o que poderá ser parcialmente responsável pela exacerbação dos sintomas de PHDA (Verlaet et al., 2014).

PP e PA

Pacientes com PHDA e perturbação de tiques têm uma prevalência significativamente superior de PA e PP comórbida, incluindo RA, asma, DA, conjuntivite alérgica, Perturbação Obsessivo Compulsiva e perturbações de ansiedade do que os pacientes com PHDA sozinha, perturbação de tiques sozinha, ou controlos. Pacientes com PHDA e PA têm risco aumentado de perturbação de tiques comparativamente aos sem PA (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, & Bai, 2013).

PA durante a primeira infância (0-3 anos) aumenta o risco de PHDA e PEA mais tarde na vida, sendo esse risco tanto maior quanto maior o número de comorbilidades atópicas nessa idade (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, Pan, et al., 2014).

PA em idade precoce associa-se a risco aumentado de problemas afetivos e de ansiedade na infância e adolescência (Goodwin et al., 2017).

De facto, a asma foi associada a timidez, introversão e inibição comportamental (Teiramaa, 1979), características temperamentais frequentes em perturbações de ansiedade (Biederman et al., 1990).

Crianças com asma têm um risco 18 vezes superior de terem problemas de saúde mental, nomeadamente, ansiedade, problemas de atenção e problemas de comportamento, do que crianças sem asma, bem como um risco 14 vezes superior de terem problemas desenvolvimentais (dificuldades da comunicação) (Arif & Korgaonkar, 2016). Também têm maiores taxas de diagnóstico de PHDA, perturbações depressivas, perturbações do comportamento, perturbações da aprendizagem e absentismo escolar e estas são tanto mais elevadas quanto mais grave a asma, sendo que um nível socioeconómico baixo parece ser um fator de risco adicional. Para além disto, têm maior probabilidade de sofrerem bullying e de abusarem de drogas (Blackman & Gurka, 2007).

³ Complexo maior de histocompatibilidade

Tanto as perturbações de ansiedade quanto a asma estão associadas a desregulação autonómica (Biederman et al., 1994).

Uma hipersensibilidade ao dióxido de carbono poderá resultar em episódios agudos de ansiedade ou pânico (Klein, 1993), gás esse que se encontra aumentado em doentes com asma.

Crianças com AA têm um pior funcionamento social e comportamental que os seus pares, bem como uma autoestima mais baixa (Ostblom et al., 2008; King et al., 2009; Flokstra-de Blok et al., 2010). AA em idade precoce associa-se com PHDA em idade escolar (Jiang et al., 2018) e parece existir uma resposta comportamental das crianças com PHDA à ingestão de determinados alimentos, o que apoia a existência de vias etiológicas comuns à AA e à PHDA. A hipersensibilidade do sistema gastrointestinal a proteínas da dieta associa-se a uma resposta imunológica desregulada, que, em crianças com PHDA, se manifesta através de episódios de sintomas físicos e aumento da concentração de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina (IL)-1 e IL-6, com uma inflamação neurológica imunomediada crónica, que poderá levar à heterotopia da substância cinzenta, à redução do volume cortical e aos sintomas da PHDA (Verlaet et al., 2014).

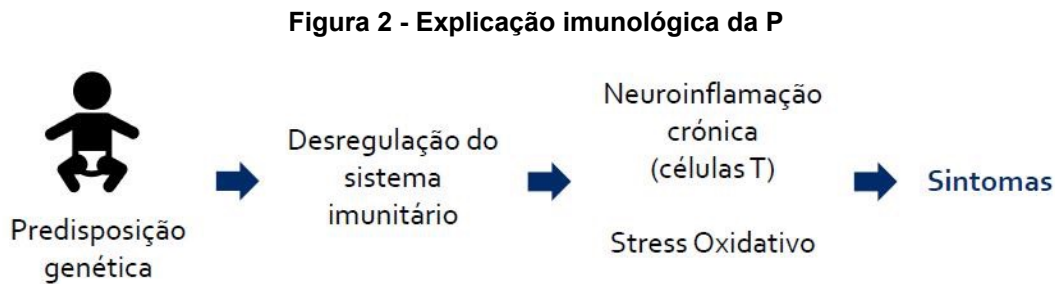
Adolescentes com AA têm risco aumentado de terem problemas emocionais e comportamentais, como sintomas depressivos, ansiedade (nomeadamente, de separação e generalizada), anorexia nervosa e PHDA (Shanahan et al., 2014; Ferro et al., 2016), sendo que os sintomas depressivos, se graves, persistem até à idade adulta (Ferro et al., 2016).

Cerca de 2/3 das crianças em idade pré-escolar com DA têm pelo menos uma PP (Catal et al., 2016). Existe uma prevalência aumentada de PHDA, depressão, ansiedade, perturbações do comportamento e perturbações do espectro do autismo (PEA) e a probabilidade das crianças com DA terem estas patologias correlaciona-se diretamente com a gravidade da DA (Yaghmaie, Koudelka, & Simpson, 2013). Também perturbações da eliminação e perturbações da vinculação surgem mais frequentemente do que em crianças sem DA e a gravidade da PHDA, das perturbações do comportamento, perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar e perturbações de tiques é superior do que em crianças sem DA (Catal et al., 2016).

PP, PA e Resposta Imunológica

Reações alérgicas caracterizam-se por um contexto de hipersensibilidade do organismo a determinadas substâncias, que resulta em desregulação imunológica e oxidativa, que, por sua vez, é acompanhada por um aumento da atividade eosinofílica e da libertação IgE e de citocinas

inflamatórias (IL-2, IL-4, IL-6, IFN4- γ e TNF5- α) pelas células Th2 e Th7. Estas citocinas têm a capacidade de penetrar a barreira hematoencefálica (Yarlagadda et al., 2009) e estimular mecanismos neuroimunológicos em áreas como o córtex pré-frontal e cíngulo anterior, ligadas ao controlo emocional e comportamental (Wang et al., 2018). A estimulação desregulada ou a ativação crónica destas áreas cerebrais poderão resultar em danos neuronais e da neurotransmissão e, assim, condicionar PP (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, & Bai, 2014).



Legenda: Esquema da desregulação imunológica potencialmente envolvida na sintomatologia de PP.

Conclusão

A literatura descreve sistematicamente uma associação significativa entre PA e PP, quer na sua génese quer agravando-se bilateralmente, pelo que é necessário aumentar a atenção clínica para PP em crianças com PA e vice-versa.

Explorar esta associação na prática clínica reduzirá atrasos no diagnóstico (Østergaard, 2005; Purper-Ouakil et al., 2007; Fridman, Banaschewski, Sikirica, Quintero, & Chen, 2017; Kirkpatrick et al., 2018) e criará melhores oportunidades para uma intervenção precoce dirigida, o que contribuirá para uma redução da carga de doença, melhor prognóstico e melhor suporte para estas crianças e para as suas famílias (Mogensen et al., 2011) (M. H. Chen, Su, Chen, Hsu, Huang, Chang, Chen, et al., 2013). Isto resultará numa melhoria da qualidade de vida, bem como numa redução de custos da saúde (Ferro et al., 2016).

Adicionalmente, examinar os padrões de comorbilidade entre estes dois grupos patológicos ajudará a compreender melhor esta relação e a criar novas hipóteses etiológicas para melhor elucidar os mecanismos que parecem ligar a PA e a PP, bem como encontrar novos e mais eficazes alvos terapêuticos.

⁴ Interferão

⁵ Fator de necrose tumoral

Acredita-se que existam fatores psicossociais e biológicos comuns a estes dois grupos patológicos, bem como um perfil inflamatório particular, pelo que a avaliação e o modelamento da atividade do sistema imunitário poderão ter, respetivamente, potencial diagnóstico e terapêutico, não só na PA, como na PP.

É, no entanto, necessária mais investigação para melhor compreensão da etiopatogenia desta relação e desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para estes grupos patológicos.

Referências

- Adler, J. (2003). The allergy epidemic. *Newsweek*, 142(12), 50–51, 53–54, 57. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16127879>
- Alanne, S., Nermes, M., Söderlund, R., & Laitinen, K. (2011). Quality of life in infants with atopic dermatitis and healthy infants: a follow-up from birth to months. *Acta Paediatrica*, 100(8), e65–e70. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02229.x>
- Almqvist, C., Pershagen, G., & Wickman, M. (2005). Low socioeconomic status as a risk factor for asthma, rhinitis and sensitization at 4 years in a birth cohort. *Clinical Allergy*, 35(5), 612–618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2005.02243.x>
- Arif, A. A., & Korgaonkar, P. (2016). The association of childhood asthma with mental health and developmental comorbidities in low-income families. *Journal of Asthma*, 53(3), 277–281. <https://doi.org/10.3109/02770903.2015.1089277>
- Atladóttir, H. Ó., Parner, E. T., Schendel, D., Dalsgaard, S., Thomsen, P. H., & Thorsen, P. (2007). Time Trends in Reported Diagnoses of Childhood Neuropsychiatric Disorders. *ArcVHes of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 193. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.2.193>
- Bender, B. G., Iklé, D. N., DuHamel, T., & Tinkelman, D. (1998). Neuropsychological and behavioral changes in asthmatic children treated with beclomethasone dipropionate versus theophylline. *Pediatrics*, 101(3 Pt 1), 355–360. <https://doi.org/10.1542/peds.101.3.355>
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Guite, J., & Warburton, R. (1994). Associations between Childhood Asthma and ADHD: Issues of Psychiatric Comorbidity and Familiality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 842–848. <https://doi.org/10.1097/00004583-199407000-00010>
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., Reznick, J. S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *ArcVHes of General Psychiatry*, 47(1), 21–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2294852>
- Blackman, J. A., & Gurka, M. J. (2007, April). Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol. 28, pp. 92–99. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000267557.80834.e5>
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034–1042. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2989>

- Bussing, R., Halfon, N., Benjamin, B., & Wells, K. B. (1995). Prevalence of Behavior Problems in US Children With Asthma. *ArcVHes of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *149*(5), 565. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170180095018>
- Catal, F., Topal, E., Soyly, N., Ozel Ozcan, O., Celiksoy, M. H., Babayiğit, A., Sancak, R. (2016). Psychiatric disorders and symptoms severity in preschool children with atopic eczema. *Allergologia et Immunopathologia*, *44*(2), 120–124. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2015.04.006>
- Chen, M.-H., Su, T.-P., Chen, Y.-S., Hsu, J.-W., Huang, K.-L., Chang, W.-H., Bai, Y.-M. (2013). Higher risk of developing mood disorders among adolescents with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorder: A nationwide prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(8), 1019–1023. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.04.005>
- Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., Bai, Y. M. (2013). Asthma and attention-deficit/hyperactivity disorder: A nationwide population-based prospective cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *54*(11), 1208–1214. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12087>
- Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., & Bai, Y. M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder, tic disorder, and allergy: Is there a link? A nationwide population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *54*(5), 545–551. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12018>
- Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., Bai, Y. M. (2014). Higher risk of mood disorders among adolescents with ADHD and asthma: A nationwide prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *156*, 232–235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.053>
- Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., Bai, Y. M. (2014). Is atopy in early childhood a risk factor for ADHD and ASD? A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, *77*(4), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.006>
- Cortese, S., Sun, S., Zhang, J., Sharma, E., Chang, Z., Kuja-Halkola, R., Faraone, S. V. (2018). Association between attention deficit hyperactivity disorder and asthma: a systematic review and meta-analysis and a Swedish population-based study. *The Lancet Psychiatry*, *5*(9), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30224-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30224-4)
- Daly, J. M., Biederman, J., Bostic, J. Q., Maraganore, A. M., Lelon, E., Jellinek, M., & Lapey, A. (1996). The relationship between childhood asthma and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, *1*(1), 31–40. <https://doi.org/10.1177/108705479600100103>
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biological Psychiatry*, *67*(5), 446–457. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2009.09.033>
- Escobar, R. (2005). Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*, *116*(3), e364–e369. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0386>
- Fasmer, O. B., Riise, T., Eagan, T. M., Lund, A., Dilsaver, S. C., Hundal, Ø., & Oedegaard, K. J. (2011). Comorbidity of asthma with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *15*(7), 564–571. <https://doi.org/10.1177/1087054710372493>
- Feng, B., Jin, H., Xiang, H., Li, B., Zheng, X., Chen, R., Chen, B. (2017). Association of pediatric allergic rhinitis with the ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Rhinology and Allergy*, *31*(3), 161–167. <https://doi.org/10.2500/ajra.2017.31.4439>
- Ferro, M. A., Van Lieshout, R. J., Ohayon, J., & Scott, J. G. (2016). Emotional and behavioral problems in adolescents and young adults with food allergy. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *71*(4), 532–540. <https://doi.org/10.1111/all.12829>

- Flokstra-de Blok, B. M. J., Dubois, A. E. J., Vlieg-Boerstra, B. J., Oude Elberink, J. N. G., Raat, H., DunnGalvin, A., Duiverman, E. J. (2010). Health-related quality of life of food allergic patients: comparison with the general population and other diseases. *Allergy*, *65*(2), 238–244. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.02121.x>
- Fluegge, K., & Fluegge, K. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Asthma. *Chest*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.01.052>
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., & Chen, K. S. (2017). Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: data from the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 947–958. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128752>
- Goodwin, R. D., Robinson, M., Sly, P. D., & Holt, P. G. (2017). Childhood atopy and mental health: A prospective, longitudinal investigation. *Psychological Medicine*, *47*(2), 317–325. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001896>
- Halterman, J. S., Conn, K. M., Forbes-Jones, E., Fagnano, M., Dirk Hightower, A., & Szilagyi, P. G. (2006). *Behavior Problems Among Inner-City Children With Asthma: Findings From a Community-Based Sample*. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1140>
- Hammerness, P., Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., Gallo, L., Murphy, H., & Biederman, J. (2005). Reexamining the familial association between asthma and ADHD in girls. *Journal of Attention Disorders*, *8*(3), 136–143. <https://doi.org/10.1177/1087054705277211>
- Holmberg, K., Lundholm, C., Anckarsäter, H., Larsson, H., & Almqvist, C. (2015). Impact of asthma medication and familial factors on the association between childhood asthma and attention-deficit/hyperactivity disorder: A combined twin- and register-based study. *Clinical and Experimental Allergy*, *45*(5), 964–973. <https://doi.org/10.1111/cea.12529>
- Hultman, C. M., Torrång, A., Tuvblad, C., Cnattingius, S., Larsson, J.-O., & Lichtenstein, P. (2007). Birth Weight and Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms in Childhood and Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(3), 370–377. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246059.62706.22>
- Jang Kwon, H., Lee, M. Y., Ha, M., Yoo, S. J., Paik, K. C., Lim, J.-H., Lim, M. H. (2014). *The associations between ADHD and asthma in Korean children*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/70>
- Jiang, X., Shen, C., Dai, Y., Jiang, F. food allergy and respiratory allergy symptoms and attention-deficit/hyperactivity disorder in C. children: A. cross-sectional study, Li, S., Shen, X., Li, F. (2018). Early food allergy and respiratory symptoms, and attention-deficit/hyperactivity disorder in Chinese children: a cross-sectional study. *Pediatric Allergy and Immunology*, *29*(4), 402–409. <https://doi.org/10.1111/pai.12888>
- Kim, Y.-K., Jung, H.-G., Myint, A.-M., Kim, H., & Park, S.-H. (2007). Imbalance between pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *104*(1–3), 91–95. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2007.02.018>
- King, R. M., Knibb, R. C., & Hourihane, J. O. (2009). Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. *Allergy*, *64*(3), 461–468. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01843.x>
- Kirkpatrick, S., Locock, L., Farre, A., Ryan, S., Salisbury, H., & McDonagh, J. E. (2018). Untimely illness: When diagnosis does not match age-related expectations. *Health Expectations*, *21*(4), 730–740. <https://doi.org/10.1111/hex.12669>
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *ArcVHes of General Psychiatry*, *50*(4), 306–317. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8466392>
- Klennert, M. D., & Robinson, J. L. (2008). Addressing the psychological needs of families of food-allergic children. *Current Allergy and Asthma Reports*, *8*(3), 195–200. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18589837>

- Langley, K., Holmans, P. A., van den Bree, M. B., & Thapar, A. (2007). Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*, *7*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-26>
- Larsson, H., Lichtenstein, P., & Larsson, J.-O. (2006). Genetic contributions to the development of ADHD subtypes from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 973–981. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222787.57100.d8>
- Lichtenstein, P., & Svartengren, M. (1997). Genes, environments, and sex: factors of importance in atopic diseases in 7-9-year-old Swedish twins. *Allergy*, *52*(11), 1079–1086. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9404559>
- Liu, Y., Ho, R. C.-M., & Mak, A. (2012). Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, *139*(3), 230–239. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.08.003>
- Manzoni, A. P. D. da S., Weber, M. B., Nagatomi, A. R. da S., Pereira, R. L., Townsend, R. Z., Cestari, T. F., Cestari, T. F. (2013). Assessing depression and anxiety in the caregivers of pediatric patients with chronic skin disorders. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *88*(6), 894–899. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20131915>
- McQuaid, E L, Kopel, S. J., & Nassau, J. H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, *22*(6), 430–439. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11773808>
- McQuaid, Elizabeth L, Weiss-Laxer, N., Kopel, S. J., Mitchell, D. K., Nassau, J. H., Wamboldt, M. Z., Fritz, G. K. (2008). Pediatric Asthma and Problems in Attention, Concentration, and Impulsivity: Disruption of the Family Management System. *Families, Systems & Health : The Journal of Collaborative Family Healthcare*, *26*(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.26.1.16>
- Mogensen, N., Larsson, H., Lundholm, C., & Almqvist, C. (2011). Association between childhood asthma and ADHD symptoms in adolescence - A prospective population-based twin study. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *66*(9), 1224–1230. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2011.02648.x>
- Oades, R. D., Dauvermann, M. R., Schimmelmann, B. G., Schwarz, M. J., & Myint, A.-M. (2010). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and glial integrity: S100B, cytokines and kynurenine metabolism - effects of medication. *Behavioral and Brain Functions*, *6*(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-6-29>
- Ortqvist, A. K., Lundholm, C., Carlstrom, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., & Almqvist, C. (2009). Familial Factors Do not Confound the Association Between Birth Weight and Childhood Asthma. *PEDIATRICS*, *124*(4), e737– e743. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0305>
- Ostblom, E., Egmar, A.-C., Gardulf, A., Lilja, G., & Wickman, M. (2008). The impact of food hypersensitivity reported in 9-year-old children by their parents on health-related quality of life. *Allergy*, *63*(2), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01559.x>
- Østergaard, M. S. (2005). Childhood asthma: reasons for diagnostic delay and facilitation of early diagnosis — a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, *14*(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.pcrj.2004.06.008>
- Purper-Ouakil, D., Cortese, S., Wohl, M., Asch, M., Acquaviva, E., Falissard, B., Mouren, M. C. (2007). Predictors of diagnostic delay in a clinical sample of French children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(8), 505–509. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0627-y>
- Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, *27*(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/J.IT.2005.11.006>

- Ravid, N. L., Annunziato, R. A., Ambrose, M. A., Chuang, K., Mullarkey, C., Sicherer, S. H., Cox, A. L. (2015). Mental Health and Quality-of-Life Concerns Related to the Burden of Food Allergy. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(1), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.11.004>
- Schmitt, J., Buske-Kirschbaum, A., & Roessner, V. (2010). Is atopic disease a risk factor for attention-deficit/hyperactivity disorder? A systematic review. *Allergy*, 65(12), 1506–1524. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02449.x>
- Secnik, K., Swensen, A., & Lage, M. J. (2005). Comorbidities and Costs of Adult Patients Diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Pharmacoeconomics*, 23(1), 93–102. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523010-00008>
- Shanahan, L., Zucker, N., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Angold, A. (2014). Are children and adolescents with food allergies at increased risk for psychopathology? *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 468–473. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.005>
- Stone, K. D. (2003). Atopic diseases of childhood. *Current Opinion in Pediatrics*, 15(5), 495–511. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14508299>
- Teiramaa, E. (1979). Asthma, psychic disturbances and family history of atopic disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(3), 209–217. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/490454>
- Thalayasingam, M., & Lee, B. W. (2013). Allergies in Asia: are we facing an allergy epidemic? *Asia Pacific Allergy*, 3(1), 1–2. <https://doi.org/10.5415/apallergy.2013.3.1.1>
- Tsai, S.-Y., Chen, K.-P., Yang, Y.-Y., Chen, C.-C., Lee, J.-C., Singh, V. K., & Leu, S.-J. C. (1999). Activation of indices of cell-mediated immunity in bipolar mania. *Biological Psychiatry*, 45(8), 989–994. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00159-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00159-0)
- van der Schans, J., Hak, E., Hoekstra, P. J., & de Vries, T. W. (2018). Response. *Chest*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.02.009>
- Vasar, M., Julge, K., & Björkstén, B. (2007). Development of atopic sensitization and allergic diseases in early childhood. *Acta Paediatrica*, 89(5), 523–527. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2000.tb00331.x>
- Verlaet, A. A. J., Noriega, D. B., Hermans, N., & Savelkoul, H. F. J. (2014). Nutrition, immunological mechanisms and dietary immunomodulation in ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 23, pp. 519–529. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0522-2>
- Wang, L. J., Yu, Y. H., Fu, M. L., Yeh, W. T., Hsu, J. L., Yang, Y. H., ... Pan, W. H. (2018). Attention deficit-hyperactivity disorder is associated with allergic symptoms and low levels of hemoglobin and serotonin. *Scientific Reports*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-28702-5>
- Yaghmaie, P., Koudelka, C. W., & Simpson, E. L. (2013). Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(2), 428–433. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.10.041>
- Yarlagadda, A., Alfson, E., & Clayton, A. H. (n.d.). The Blood Brain Barrier and the Role of Cytokines in Neuropsychiatry. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(11), 18. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801483/>
- Yuksel, H., Sogut, A., & Yilmaz, O. (2008). Attention deficit and hyperactivity symptoms in children with asthma. *The Journal of Asthma : Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 45(7), 545–547. <https://doi.org/10.1080/02770900801990016>

Impacto das projeções parentais no desenvolvimento afetivo das crianças: a propósito de um caso clínico

Mafalda Marques (1); Marta Pereira Antunes (2); Ana Catarina Campos (3); Graça Fernandes (2).

1. Hospital Pediátrico de Coimbra

2. Centro Hospitalar do Porto

3. Hospital de Braga

Resumo

A partir do início de uma gravidez, tudo o que se relaciona com o feto/criança é imediatamente envolvido numa aura de significância. Este significado emerge da interpretação pessoal dos pais sobre o mundo e é a ele que os cuidadores vão reagir. As expectativas parentais, valores e atitudes face à criança e suas necessidades, a história de cuidados pelos próprios pais e perceções do cuidador influenciam a sua contribuição para a relação.

Se o cuidador está disposto a conhecer a criança tem de respeitar os sinais objetivos e individuais desta; quando tal não acontece, as suas projeções individuais podem interferir com a relação. Isto vai refletir-se na relação com a criança e tem necessariamente um grande impacto no seu desenvolvimento afetivo, principalmente se o seu comportamento for pautado por hostilidade e agressividade.

Através da descrição de um caso clínico e revisão da literatura relevante os autores pretendem refletir sobre o impacto das projeções parentais no desenvolvimento afetivo das crianças.

Palavras-chave: projeções parentais; desenvolvimento afetivo; criança /filho/infância.

Objetivos e métodos

Os autores têm como objetivo refletir sobre o impacto das projeções parentais no desenvolvimento afetivo das crianças através do relato de um caso clínico com as respetivas descrições textuais da mãe ao fornecer a história clínica e revisão de literatura relevante sobre o assunto. A pesquisa foi realizada no motor de busca PubMed com as palavras-chave: projeções parentais; desenvolvimento afetivo e criança/filho/infância, e os artigos incluídos foram selecionados manualmente de acordo com a sua relevância.

Introdução

“O que uma pessoa pensa de uma relação pode ser mais importante do que a própria relação”.

Robert Hinde

Desenvolvimento da Criança

O desenvolvimento da criança é um processo dinâmico que se inicia desde a vida intrauterina. Inicialmente, o desenvolvimento físico é o mais preponderante; a partir do nascimento, todo um outro espectro de dimensões passam a ser relevantes na adaptação do novo ser humano ao mundo que o rodeia como o desenvolvimento afetivo, intelectual e social. Este trabalho atribui especial enfoque ao desenvolvimento afetivo.

No entanto, todo o processo desenvolvimental ocorre em simultâneo e, por isso, problemas numa das áreas deste processo vão necessariamente implicar ou afetar também as outras dimensões (1).

Desenvolvimento Afetivo

O desenvolvimento infantil é um processo demasiado complexo para ser estudado em bloco. Foi, por isso, necessário delimitar períodos e marcar etapas, no sentido de melhor ser compreendido.

São inúmeros os modelos teóricos e explicativos do desenvolvimento afetivo da criança e os vários investigadores não são unânimes no que se refere à sucessão dos estádios (1).

Freud (1905) atribuiu especial atenção ao nível de maturação pulsional e zonas erógenas; Piaget defendia que o nível de maturação cognitiva é primordial para as reações de ajustamento; já Spitz centrou-se nas fases da génese da relação de objeto e da comunicação humana (1). Cada um deles aplica os estádios como instrumentos da sua própria teoria explicativa. Como exemplo, o Quadro 1 identifica alguns dos principais autores e algumas características das suas teorias.

Quadro 1. Diferentes autores e suas teorias desenvolvimentais da infância (1)

Freud, (1905)	Explicou o desenvolvimento afetivo da criança nos primeiros anos de vida, dividindo-o em 3 fases chamadas de “pré-genitais”. A sequência de diferentes etapas é progressiva (oral, anal, uretral ou fálico) e problemas subsequentes advêm da cristalização em pontos de fixação, para os quais convergem quaisquer regressões subsequentes.	Estágio oral: abrange o 1º ano de vida; a zona erógena ou fonte de pulsão é a zona bucolabial, os órgãos da fonação e também os órgãos sensoriais (visão e tato).
		Estágio anal: abrange o 2º ano de vida; é um ano dedicado ao domínio ou influência. A zona erógena predominante é a mucosa anorrecto-sigmoideia.
		Estágio uretral ou fálico: abrange o 3º ano de vida e é um período de auto-afirmação. A fonte de pulsão predominante é a uretra com o duplo prazer de urinar e de retenção
Piaget, 1925	Privilegia o nível de maturação cognitiva.	Mais relacionado com o Desenvolvimento Cognitivo da Criança.
Spitz, 1938	Identifica 3 organizadores do psiquismo que permitem a integração da personalidade da criança:	Sorriso social aos 2 meses: é uma das manifestações do comportamento favorecido pelas relações mãe-filho, criando um "clima emocional"; é através de sua mãe que as experiências do bebê ganham vida e os afetos emergem e se orientam.
		Angústia do 8º mês: 2º organizador psíquico; mostra o estabelecimento de uma relação objetal real: a mãe torna-se o objeto libidinal, passando a ser o objeto privilegiado não apenas no setor visual, mas acima de tudo no campo emocional.
		Aquisição do “não” aos 15 meses de idade: 3º organizador do psiquismo; quando a criança percebe que “não é a mãe” e pode ter opiniões e desejos diferentes desta.
Margareth Mahler, 1955	Assenta a sua teoria em bases empíricas, fazendo uma interpretação psicanalítica dos comportamentos da criança. Identifica 3 fases:	Fase autística (0-1M): satisfação das suas necessidades (tensão/não tensão).
		Fase simbiótica (1-6M): fase de transição de organização puramente biológica para psicobiológica.
		Fase de processo de separação-individuação (6-36M) com 4 subfases (diferenciação, exploração e tentativas, reaproximação e consolidação).

A relação mãe-bebé¹ no Desenvolvimento Infantil

A teoria da vinculação, elaborada por Bowlby e seus sucessores (2), apresenta uma compreensão da gênese da ligação emocional primária que faz com que um bebé se ligue aos seus cuidadores o criam. O motor essencial desta construção é a satisfação da necessidade inata do bebé de proximidade e segurança. Este sistema de vinculação constrói-se na interação entre as necessidades inatas da criança e as reações reais do meio que a envolve e conduz a um sistema de representações ativas ao longo de toda a vida, que organiza a percepção do mundo, desde que o indivíduo esteja numa situação de vulnerabilidade ou sofrimento (2).

Para além de conferir uma vantagem seletiva ao promover a proximidade das figuras protetoras do perigo, este sistema tem também uma função de socialização já que permite que, ao longo do ciclo de vida, o indivíduo possa estabelecer conexões para além do cuidador principal: inicialmente para os restantes familiares e, mais tarde, para pessoas de outros agregados (2).

Bowlby referia que quando as respostas maternas contêm as características de continuidade, disponibilidade e sensibilidade, o bebé aprende a confiar no seu suporte. Esta vinculação segura permite à criança desenvolver uma noção de eficácia e segurança na exploração do meio (2). Assim, a criança vai desenvolvendo os chamados Modelos Operantes Internos (MOI) que correspondem a modelos de relação criados a partir da interiorização das representações mentais e emocionais das interações mãe-filho precoces, que permitem à criança antecipar as reações do outro. Simultaneamente, a criança forma um modelo de si mesma: uma imagem de si como mais ou menos merecedor de ser amado; e um modelo do outro: relacionado com a sua percepção dos outros como mais ou menos atentos e sensíveis às suas necessidades, que irão estabelecer a pauta do seu desenvolvimento afetivo.

Outros autores “clássicos” também identificaram a importância que a relação estabelecida com a mãe tem no desenvolvimento dos filhos. O Quadro 2 apresenta alguns exemplos.

¹ A “relação mãe-bebé” refere-se a toda a relação do bebé com o seu cuidador principal, seja ele a mãe biológica ou outro.

Quadro 2. Autores que evidenciaram a influência da relação mãe-filho no desenvolvimento infantil (2)

Anna Freud, 1957	Quando a mãe lê de forma consistente as pistas do seu bebê e responde de forma sensível às suas necessidades físicas e emocionais, providencia um “ego auxiliar” e a criança fica satisfeita. A “mãe rejeitante”, descrita como sendo incapaz de identificar e responder às necessidades do seu bebê, foi associada ao desenvolvimento de psicopatologia na criança.
Winnicott, 1975	Descreveu a relação mãe-bebê como um “holding” psicológico para a criança em desenvolvimento. Uma noção de competência e eficácia é o resultado de uma experiência de interação continuada com um cuidador empático, consistente e responsivo. Se esta relação está perturbada, a criança não terá as capacidades adaptativas necessárias para interagir eficazmente com o meio.
Margaret Mahler, 1955	Os sentimentos parentais de rejeição, ambivalência e a incapacidade para ajudarem a criança a completar o processo de separação-individuação podem contribuir para uma organização de personalidade borderline ou narcísica, no qual falha uma noção de self consolidada e como separado dos outros. O meio ambiente, representado pela mãe, é fundamental no processo (disponibilidade física e emocional).

Margaret Mahler descreve ainda um outro conceito importante: o Processo de Separação-Individuação do bebê. Este resulta na consolidação do sentimento de identidade da criança e na percepção do “Eu” autônomo do cuidador e desenvolve-se exponencialmente durante o 2º ano de vida, devendo estar concluído no fim do 3º ano (2).

Com o surgir da marcha, a criança desenvolve a sua autonomia e confronta-se com os primeiros interditos. Entre os 12 meses e os 3 anos, a criança renuncia à relação fusional com a mãe e esta perde as vantagens ligadas a uma relação de assistência, mas ganha autonomia e independência. Nesta altura, o trabalho educativo dos pais vai ser o de indicar à criança os limites necessários e dar-lhe segurança para ela alargar progressivamente o seu campo de autonomia (2).

É também no decurso do 2º ano que aparece a fase do “não”, a fase da oposição. Esta passa por uma maturação do sentido de independência da criança e a interiorização de que ela própria não é um prolongamento da mãe mas sim um ser autônomo com capacidade de tomar as próprias decisões que podem, inclusivamente, ser diferentes das da mãe. Por isso, levar a criança à letra e assumir que esta criança pensa “não” porque o diz, é estar a cristalizar o conflito. A criança diz “não” porque assim tem a sensação de poder agir de sua espontânea vontade e não de ter de executar uma ordem

(1). Interditos colocados de forma coerciva e não com o fim de ajudar a criança a progredir, geralmente conduzem a conflitos frequentes entre o cuidador e a criança.

As falhas mais frequentes estão ligadas à sobreproteção: quando os pais evitam todos os tipos de perigo (mesmo os expetáveis ou saudáveis) e privam a criança de explorar o espaço ao seu ritmo. Estas crianças, não podendo experimentar o seu esquema corporal na realidade, continuam a julgar-se de uma onnipotência imaginária, aquela associada a quando eram uma criança de mama (1).

Uma outra falha é a falta de explicação, habitual nas crianças sobreprotegidas. Todas as explicações dadas pelos pais quando ocorre um insucesso, todos os conselhos “técnicos” para realizar este ou aquele gesto, são suportes importantes para a criança. Ela memoriza-os e servem-lhe de guia de ação quando experimenta sozinha um movimento que não domina bem (1).

Caso clínico

A história foi recolhida por dois médicos em conjunto com a mãe e o L. numa primeira consulta.

História do problema atual

L., sexo masculino, com 3 anos e 10 meses de idade, é referenciado pelo seu médico de família à consulta externa de Pedopsiquiatria da Unidade de Primeira Infância (UPI) no Centro Hospitalar do Porto por birras intensas e auto e heteroagressividade crescentes em contextos escolar e domiciliário.

A mãe relata que o L. apresentou “episódios de tremor” ao nascimento, com seguimento posterior em consultas para esclarecimento da situação mas que nunca obtiveram diagnóstico definitivo, remetindo sem qualquer intervenção. Mãe encara este tremor como resultado do stress que viveu na gravidez e relaciona os atuais comportamentos do filho com os mesmos, acreditando que este tenha um problema ainda não diagnosticado.

Atualmente, a mãe refere que o L. faz “uma cara de exorcista”sic quando frustrado; nestas alturas também grita, atira-se para o chão, morde, puxa os cabelos, dá pontapés, bate com a cabeça na parede. Refere que “para que ele pare, tenho que dizer o contrário: bate mais, bate!”sic.

Ao descrever as suas preocupações vai referindo também muitas das suas projecções em relação a ele, como por exemplo: que o L. “está sempre a chorar, há dias que não quero ir para casa, para aquele inferno. Ele está melhor quando eu não estou”; “Em casa está sempre atrás de mim, agarra-

se às minhas pernas, só quer colo, não me deixa fazer nada”; “Faz birra para vestir só para me torturar”; “Olho para ele e vejo o pai... um psicopata”; “Não fui feita para ser mãe de rapazes”sic.

História pregressa

O L. é o mais novo de uma fratria de quatro (♀25 e 22; ♂ 15 anos) de um pai diferente dos outros irmãos. Foi fruto de uma gravidez planeada e desejada mas cujo estado psíquico da mãe durante a mesma foi descrito como “péssimo: andava ansiosa, triste, agitada e cansada”sic. Mãe referiu ainda ter tido uma depressão pós-parto do filho anterior (quinze anos antes) e ter sido vítima de violência doméstica por parte do pai do L. Recorda o filho ao nascimento como “um bebé lindo, o mais bonito que tive”sic.

L. viveu com a mãe, pai e irmãos (15 e 22 anos) até aos 8 meses de vida, altura em que os pais se separam e o pai saiu de casa. Manteve contacto com ele nos primeiros meses mas, devido a alegada manutenção de violência por parte do pai em relação à mãe, não tem contacto com o mesmo desde há um ano.

A mãe refere que amamentou o L. até aos 3 anos “como forma de o compensar pela ausência do pai, pois não queria tirar-lhe mais uma coisa” sic. Em relação aos hábitos de sono, descreve que até aos 8 meses este dormiu “agarrado à mama, porque o pai não suportava que ele chorasse durante a noite”sic. Sempre dormiu com a mãe e mantém este hábito.

O desfralde decorreu dentro de tempo útil estando presentemente concluído. Na sua descrição a mãe acrescenta que “foi o pior em relação aos outros filhos”sic.

O L. ficou exclusivamente ao cuidado da mãe e irmã mais velha até aos 18 meses de idade, quando ingressou no infantário porque a mãe “já não ageuntava mais”sic. Esta refere ter tido a intenção de cuidar do L. até aos 3 anos mas devido à dificuldade em lidar com o seu comportamento, sentir a necessidade de ter um suporte externo.

A adaptação inicial ao infantário decorreu de forma expectavel com alguma resistencia ao inicio, e presentemente as educadoras descrevem-no como “Ambivalente: por vezes é agressivo com pares, não partilha brinquedos, só brinca com um colega que o deixa dominar o jogo; faz birra para comer e dormir e não obedece aos adultos. No entanto, em tarefa individual é empenhado, organizado e perfeccionista; com atenção individualizada de um adulto porta-se muito bem e consegue acalmar” sic.

Em termos de marcos de desenvolvimento, a história fornecida é pobre já que a mãe não consegue precisar a maioria deles mas pensa que estariam dentro do normal. Descreve a socialização como “sem ansiedade de separação mas estranhava toda a gente”sic.

Atualmente, a mãe encontra-se numa nova relação afetiva, a segunda desde que se separou do pai do L. Refere que o filho tem boa relação com este novo companheiro, e que este a ajuda muito porque em tempos trabalhou como professor de Educação Especial.

Observação da criança

Na primeira consulta a foi realizada também uma observação geral da criança durante o decorrer da mesma:

O L. apresentava-se com aspeto cuidado, simpático e bem-disposto. Permaneceu ao colo da mãe no início da entrevista, saindo apenas quando lhe foi dada permissão para explorar os brinquedos. Entreteve-se sozinho nos primeiros minutos, mostrando alguns brinquedos à mãe que lhe prestou pouca atenção. Começou a demonstrar alguma irritabilidade perante a ausência de resposta desta. Nesta altura, a mãe referiu “já vai fazer uma birra”sic. Acalmou-se facilmente quando um dos médicos se dirigiu a ele, dedicando-lhe uma atenção mais individualizada, mantendo-se interessado e prazeroso na brincadeira durante o restante tempo de consulta. Não apresentou birras nem comportamentos auto ou heteroagressivos, resistente em abandonar a co consultório no fim da consulta.

Discussão

Discussão do Caso

Perante esta apresentação, a hipótese diagnóstica colocada pelos autores foi de uma Perturbação de Desregulação da Raiva e agressão da Primeira Infância (PDRA), segundo a DC-05 (3).

Esta perturbação caracteriza-se por uma grande dificuldade em regular as emoções e o comportamento com a ocorrência de explosões de raiva intensas, graves e frequentes e persistente irritabilidade ou afeto negativo. Os sintomas são geralmente pervasivos, ocorrendo em mais de uma relação e contexto e estão presentes por, pelo menos, três meses, promovendo o estigma e a exclusão de atividades adequadas à idade (3). Todos estes critérios parecem estar presentes no caso clínico apresentado.

Sabe-se que o componente central desta condição é a irritabilidade e desregulação da raiva e que estes são fortes preditores de outcomes adversos em etapas posteriores: estas crianças têm quase o dobro do risco de depressão até aos 6 anos e elevado risco para padrões de funcionamento ansiosos e depressivos aos 9 anos de idade (3).

Também já foi bem estabelecido que a qualidade do ambiente perinatal é preditiva do risco de PDRA: uma pobre saúde mental dos pais, cuidados pré-natais desadequados e exposição a muitos stressores, bem como submissão a um estilo de parentalidade coerciva, falta de calor afetivo e a baixa coesão familiar são todos fatores de risco para o desenvolvimento da mesma (3).

Os fatores de bom prognóstico incluem relações de vinculação segura e sensibilidade parental. Por isso, as abordagens que promovem interações parentais positivas (reforço positivo, sensibilidade e calor emocional) podem reduzir o risco de desregulação comportamental e os sintomas de PDRA.

Assim sendo e com vista a melhor esta relação foi feita a proposta de uma Psicoterapia mãe-criança. Neste caso, a psicoterapia tem como objetivo encorajar a mãe a integrar os seus pensamentos e emoções numa compreensão nova e mais empática das necessidades de desenvolvimento do seu filho, de forma a não deixar a relação ser tão contaminada pelas suas projeções negativas.

Projeções parentais e suas implicações no desenvolvimento dos filhos

A teoria do conceito de “projeção” foi desenvolvida inicialmente por Freud (1894) e mais tarde continuou a ser estudada pela sua filha Anna Freud (1946). Segundo Freud, a projeção é um mecanismo de defesa psicológico em que determinada pessoa "projeta" seus próprios pensamentos, motivações, desejos e sentimentos indesejáveis numa ou mais pessoas (4).

Cramer (1987) explicou que a projeção funciona pela atribuição de estados psicológicos internos inaceitáveis a outros externos a si mesmo e é um mecanismo de defesa que reduz a ansiedade por permitir a expressão de impulsos inconscientes, sem que a consciência os reconheça. Um exemplo de tal comportamento pode ser o de culpar determinado indivíduo por um fracasso próprio (4).

As Projeções tendem a ser negativas no sentido em que refletem a dificuldade que uma pessoa pode ter em aceitar características menos positivas sobre si mesmo (4). Naturalmente, uma pessoa sujeita a mais factores de stress, acontecimentos de vida negativos e com características temperamentais menos estáveis, terá maior tendência a fazer mais projeções negativas, embora o mecanismo usado dependa grandemente das características de personalidade individuais (4,5).

Esta situação verifica-se não raras vezes na relação pai/mãe-filho. O emprego dos pais, as relações conjugais e outras tensões e apoios influenciam a qualidade da parentalidade porque atuam sobre as emoções que os pais experienciam na relação com os seus filhos (5,6).

Se as emoções parentais são predominantemente positivas e empáticas, motivam a sintonia com a criança, facilitam a resposta aos seus desejos e necessidades e permitem que pais e filhos coordenem suas interações em benefício de ambos. Por outro lado, pais menos competentes e pouco disponíveis têm a noção de que a sua interação com os filhos não é a melhor e as suas preocupações ficam continuamente minadas. São menos eficazes a gerir planos de interação eficientes e, como resultado, experimentam eventos aversivos e emoções negativas em taxas mais elevadas. Na maioria das famílias, isto faz com que os pais se sintam desamparados, percebam as crianças negativamente e as culpem por minarem as suas preocupações e objetivos de vida (7). Nas projecções patológicas, o bebé pode ser encarado como se tivesse intenções bem definidas ou características de adulto.

Consequentemente, esta constante projecção de características negativas num ser ainda em tão precoce fase desenvolvimental vai influenciar a sua perceção em relação ao mundo e a si próprio, influenciando os seus modelos operantes internos (2).

Vários estudos têm demonstrado como os afetos negativos, atitudes parentais mais coercivas e autoritárias podem promover o aparecimento de problemas de saúde mental nos filhos (8): a presença de emoções negativas crónicas e intensas nos pais é um sinal de disfunção familiar. Estas podem incluir famílias com crianças difíceis (bebés prematuros, crianças não colaborantes) ou pais disfuncionais (abusivos, negligentes, deprimidos ou adolescentes), bem como famílias que sofrem elevados níveis de stress (pobreza, divórcio, violência doméstica). A emoção negativa é proeminente, por exemplo, na parentalidade de mães abusivas (9-12); mães deprimidas (13-18), e mães de crianças agressivas (7,19).

Uma questão básica na investigação sobre a Socialização é a previsão dos resultados de longo prazo das crenças maternas. Isto torna-se ainda mais complicado devido ao fato de que há muitos fatores além do cuidado materno que influenciam o desenvolvimento e a socialização da criança (20).

Há evidências de que os relatos maternos em relação aos filhos podem ser indicativos não apenas das características objetivas da criança, mas também de uma atitude geral negativa da mãe em relação ao filho (20-22). Mães deprimidas, mais autoritárias e que expressavam ressentimento em relação aos filhos, classificaram-nos como mais agressivos na escala de externalização (20). É

provável que o ressentimento materno tenha contribuído para um ambiente profícuo ao desenvolvimento de problemas de externalização (19,20).

Em relacionamentos problemáticos, emoção negativa crônica é simultaneamente uma causa e uma consequência das interações que minam preocupações dos pais e desenvolvimento das crianças (7).

O calor afetivo dos pais prediz consistentemente resultados de desenvolvimento favoráveis para crianças, enquanto a hostilidade parental prediz consistentemente resultados de desenvolvimento desfavoráveis para crianças (23-25). Isto é verdade tanto durante a infância precoce (26,27) como na infância tardia (28) e em famílias consideradas “normais” (29,30), como em famílias disfuncionais (31-33). Mesmo as emoções negativas transitórias entre adultos são passíveis de causar sofrimento e agressividade em bebês e crianças pequenas (34,35). Assim, há evidências consideráveis de que o ambiente de cuidado é mais favorável para as crianças quanto mais positivas as emoções que os pais experimentam e expressam (7).

Conclusões

As interpretações subjetivas dos pais sobre o comportamento das crianças permitem uma relação empática e são um ingrediente essencial de um desenvolvimento normal. No entanto, quando os pais projetam nos filhos características negativas de uma forma consistente, a sua realidade passa a ficar distorcida e os modelos operantes internos desenvolvidos pela criança serão afetados.

Este caso permite perceber como as projeções maternas levam esta mãe a interpretar o comportamento do filho de uma forma consistentemente negativa, criando também nele a noção de que todo o ambiente em seu redor é negativo e ameaçador.

Referências

Golse, B. (2005) O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança. Manuais Universitários, Climepsi Editores, 1ª edição, Lisboa.

Guedeney, N, Guedeney, A. (2004) Vinculação: conceitos e aplicações. Manuais Universitários, Climepsi Editores, 1ª edição, Lisboa.

Zero to Three Organization (2016). DC: 0-5 - Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Zero to Three.

Cramer, P. (1987). *The Development of Defense Mechanisms. Journal of Personality, 55(4), 597–614.* doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00454.x

- Kochanska, G. (1990). *Maternal Beliefs as Long-Term Predictors of Mother-Child Interaction and Report*. *Child Development*, 61(6), 1934–1943. doi:10.1111/j.1467-8624.1990.tb03576.x
- Kochanska G, Boldt LJ, Goffin KC.(2019) Early relational experience: A foundation for the unfolding dynamics of parent-child socialization. *Child Dev Perspect*. Mar;13(1):41-47. doi: 10.1111/cdep.12308.
- Dix, T. (1991). *The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes*. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3–25. doi:10.1037/0033-2909.110.1.3
- Leerkes EM, Su J, Calkins SD, O'Brien M, Supple AJ. *Maternal physiological dysregulation while parenting poses risk for infant attachment disorganization and behavior problems*. *Dev Psychopathol*. 2017 Feb;29(1):245-257. doi: 10.1017/S0954579416000122.
- Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkeson, B. M., & Treiber, F. A. (1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1062–1071. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1062>
- Susman EJ, Trickett PK, Iannotti RJ, Hollenbeck BE, Zahn-Waxler C. (1985) *Child-rearing patterns in depressed, abusive, and normal mothers*. *Am J Orthopsychiatry*. Apr;55(2):237-251. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb03438.x.
- Trickett, P. K., & Kuczynski, L. (1986). *Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families*. *Developmental Psychology*, 22(1), 115–123. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.1.115>
- Wolfe, D. A. (1985). *Child-abusive parents: An empirical review and analysis*. *Psychological Bulletin*; 97(3), 462-482. doi: 10.1037/0033-2909.97.
- Forehand, R., Brody, G.H., Long, N. et al. *The interactive influence of adolescent and maternal depression on adolescent social and cognitive functioning*. *Cogn Ther Res* 12, 341–350 (1988) doi:10.1007/BF01173302
- Longfellow, C., Zelkowitz, P., & Saunders, E. (1982). *The quality of mother - child relationships*. In D. Belle (Ed.), *Lives in stress: Women and depression* (pp. 163-176). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Panaccione VF, Wahler RG. (1986) *Child behavior, maternal depression, and social coercion as factors in the quality of child care*. *J Abnorm Child Psychol*. Jun;14(2):263-78. doi: 10.1007/bf00915445
- Jensen PS, Koretz D, Locke BZ, Schneider S, Radke-Yarrow M, Richters JE, Rumsey JM. (1993) *Child and adolescent psychopathology research: problems and prospects for the 1990s*. *J Abnorm Child Psychol*. Oct;21(5):551-80. doi: 10.1007/bf00916319
- Susman, E. J., Trickett, P. K., Iannotti, R. J., Hollenbeck, B. E., & Zahn-Waxler, C. (1985). *Child-rearing patterns in depressed, abusive, and normal mothers*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(2), 237–251. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb03438.x
- Weissman, M. M. & Paykel, E. S. (1974), *The Depressed Woman*. Chicago: University of Chicago.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). *A comparative evaluation of a parent-training program*. *Behavior Therapy*, 13(5), 638–650. doi:10.1016/s0005-7894(82)80021-x
- Schulz S, Leijten P, Shaw DS, Overbeek G. (2019) *Parental Reactivity to Disruptive Behavior in Toddlerhood: An Experimental Study*. *J Abnorm Child Psychol*. 2019 May;47(5):779-790. doi: 10.1007/s10802-018-0489-4.
- Friedlander S, Weiss DS, Traylor J. (1986) *Assessing the influence of maternal depression on the validity of the Child Behavior Checklist*. *J Abnorm Child Psychol*. Mar;14(1):123-33. doi:10.1007/bf00917228
- Schaughency EA, Lahey BB. (1985) *Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: roles of child behavior, parental depression, and marital satisfaction*. *J Consult Clin Psychol*. Oct;53(5):718-23. DOI:10.1037//0022-006x.53.5.718
- Grusec J.E., Lytton H. (1988) *Socialization and the Family*. In: *Social Development*. Springer, New York, NY.

- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1980). *Sex Differences in Aggression: A Rejoinder and Reprise*. *Child Development*, 51(4), 964. doi:10.2307/1129535
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1–101). New York, NY: Wiley.
- Ainsworth, M. S. (1979). *Infant-mother attachment*. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>.
- Vaughn B, Egeland B, Sroufe LA, Waters E. (1979) *Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: stability and change in families under stress*. *Child Dev*. Dec;50(4):971-5. doi: 10.1111/j.1467-8624.1979.tb02456.x
- Hoffman, M. L., & Saltzstein, H. D. (1967). *Parent discipline and the child's moral development*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(1), 45–57. <https://doi.org/10.1037/h0024189>
- Baumrind D. (1967) *Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior*. *Genet Psychol Monogr*. Feb;75(1):43-88.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Osofsky, J. D., Eberhart-Wright, A., Ware, L. M., & Hann, D. M. (1992). *Children of adolescent mothers: A group at risk for psychopathology*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 119–31.
- Radke-Yarrow, M., & Sherman, T. (1990). *Hard growing: Children who survive*. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (p. 97–119). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.008>
- Radke-Yarrow, Richters e Wilson (1988) *Child Development in a network of relationships*. In R. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp.48-67). New York: Oxford University Press.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). *Three-Month-Old Infants' Reaction to Simulated Maternal Depression*. *Child Development*, 54(1), 185. doi: 10.2307/1129876
- Cummings, E. M., Iannotti, R. J., & Zahn-Waxler, C. (1985). *The influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children*. *Developmental Psychology*, 21, 495-507. doi:10.1037/0012-1649.21.3.495.

O Que Têm em Comum a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Psicose?

Ana Catarina Serrano (1), Margarida Bernardo (1), Raquel Campos (1), Rosa Esquina (1)

1. Hospital Garcia Orta

Resumo

A associação entre Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Doenças do Espectro da Psicose (DEP) tem suscitado interesse crescente, vindo a ser suportada a sua evidência na mais recente literatura. No entanto, a natureza da sua relação permanece por esclarecer. Dada a elevada prevalência da PHDA na infância e adolescência e constituindo a psicose uma das formas de doença mental grave, torna-se relevante melhor compreender a associação entre ambas. Foi realizada revisão não sistemática sobre os principais dados que suportam a associação entre PHDA e DEP. Vários estudos verificaram que a PHDA e a Esquizofrenia são consideradas perturbações do neurodesenvolvimento que partilham fatores de risco genéticos e ambientais. Ambas apresentam uma disfunção do sistema dopaminérgico, sendo tratadas com fármacos que alteram esta função. Existe ainda uma sobreposição de sintomas, nomeadamente o défice de atenção. Alguns estudos demonstram que o risco de psicose em crianças com PHDA é superior, comparativamente à população em geral. Constata-se também que adultos com esquizofrenia apresentam antecedentes de PHDA. Paralelamente, o diagnóstico de PHDA é comum em crianças com antecedentes de familiares diretos de DEP. Em suma, os estudos revistos suportam a existência de uma associação entre PHDA e DEP, com base em dados da genética, mecanismos fisiopatológicos, características clínicas e a ocorrência das duas patologias, ainda que em diferentes fases da vida. A maioria dos estudos aponta a PHDA na infância/adolescência como um provável preditor e fator de risco para de DEP na adultícia.

Palavras-chave: PHDA; Psicose; Esquizofrenia.

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) enquadra-se no atual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) na categoria de perturbações do neurodesenvolvimento e apresenta uma prevalência bastante significativa em idade pediátrica. Os sintomas-chave são a hiperatividade, impulsividade, e/ou desatenção e têm repercussões

significativas em vários domínios de funcionamento entre os quais: cognitivo, comportamental, emocional e social e, por conseguinte, na relação com os pares e adultos.

O termo Psicose é empregue para se referir à perda do juízo da realidade, abarcando os chamados sintomas positivos, desorganização do pensamento/comportamento, anomalias motoras e sintomas negativos (frágil reatividade emocional e de volição). Constitui uma forma de doença mental grave, também ela de origem neurobiológica, com marcado impacto funcional nos mais diversos contextos de vida do doente.

E ainda que o pico de início das duas perturbações difira, surgindo a PHDA na infância e a Psicose, mais tarde na idade adulta, a associação entre as duas tem vindo a ser reportada, com estudos a demonstrarem que indivíduos com diagnóstico de Doenças do Espectro da Psicose (DEP) têm ou tiveram maior prevalência de sintomas de PHDA.

Dada a elevada prevalência da PHDA na infância e adolescência e constituindo a psicose uma das formas de doença mental grave, torna-se relevante melhor compreender a associação entre as duas patologias e prováveis mecanismos envolvidos.

Objetivos e Métodos

O presente artigo tem como principal objetivo rever os principais dados que suportam a associação entre PHDA e DEP. Neste sentido, os autores realizaram revisão não sistemática da literatura, com recurso aos motores de pesquisa PUBMED, Medscape e Uptodate. Os termos pesquisados foram os seguintes: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Psychosis, Schizophrenia. Após análise genérica, foram selecionados os artigos com qualidade e relevância científicas para o tema abordado.

Resultados

No que concerne à fisiopatologia, tanto a PHDA como a Psicose apresentam mecanismos complexos e muitos deles ainda por esclarecer. No entanto sabe-se que o sistema dopaminérgico está envolvido na patogénese de ambas as perturbações. Na PHDA, assiste-se a uma diminuição da atividade inibitória dopaminérgica no córtex pré-frontal, ao passo que na psicose, é sugerido que haja um hiperfuncionamento da transmissão dopaminérgica.

Relativamente à clínica, as similaridades decorrem da sobreposição sintomatológica, nomeadamente do sintoma de desatenção que faz parte da constelação dos sintomas da PHDA e constitui o sintoma cor do subtipo desatento. No entanto, estas queixas não são exclusivas da PHDA e as dificuldades de concentração e atenção sustentada são queixas recorrentes em doentes diagnosticados com psicose e ainda mais frequentemente no período prodrómico, o que pode dificultar o estabelecimento de diagnóstico diferencial. Também nos pródromos da psicose, são comumente encontrados sintomas típicos da PHDA, tais como alterações do comportamento com acentuados níveis de baixa tolerância à frustração e impulsividade.

Outro dos pontos interessantes de relação entre a PHDA e a Psicose, prende-se com a associação cronológica entre uma e outra. Vários estudos demonstram que numa percentagem significativa de doentes com diagnóstico de DEP na idade adulta, encontramos antecedentes de PHDA, nomeadamente sintomas de desatenção na infância. Gomez et al, reportaram que 32% de adultos com diagnóstico de psicose (n=100) reportam dificuldades de atenção durante a infância. Outros autores identificaram que numa amostra de 1037 adultos com diagnóstico de DEP, estes apresentam duas vezes mais probabilidade de diagnóstico de PHDA na infância. (Kim-Cohen et al).

E de destacar também que num dos estudos realizados com uma amostra de doentes com DEP, aqueles com história pregressa de PHDA em idade pediátrica, apresentaram pior funcionamento pré-mórbido, início de psicose mais precoce e resposta ao tratamento mais precária (Rho et al).

Quando olhamos para estas duas perturbações, no que diz respeito a hereditariedade e a fatores familiares, pode-se inferir que ambas partilham características genéticas, com familiares em primeiro grau de doentes com PHDA a apresentarem risco acrescido de desenvolvimento de DEP. Numa amostra de filhos de doentes com esquizofrenia, uma percentagem considerável (58%) daqueles que apresentavam história de défice de atenção na infância, desenvolveram DEP na adultícia (Levy et al). Num outro estudo, verificou-se que familiares em primeiro grau de doentes com PHDA apresentam duas vezes mais risco de desenvolvimento de DEP (Erlenmeyer-Kimling et al).

Vários estudos apontam para que a perturbação de uso de substâncias surge em elevada comorbilidade com a PHDA e a psicose.

Sabe-se que crianças com PHDA têm maior risco de uso de substâncias na adolescência e adultícia e neste sentido questiona-se qual o papel dos psicoestimulantes neste curso de evolução. E apesar de

não existir investigação suficiente nesta área, a maioria dos estudos não consegue mostrar um papel protetor do metilfenidato quanto ao uso de drogas.

Alguns autores falam do eventual efeito cascata numa sucessão de acontecimentos que pressupõe que a existência de PHDA predispõe a um maior risco de consumo de canabinóides. Por sua vez, um consumo frequente e precoce desta substância está associado a aumento de risco de desenvolvimento de DEP.

De destacar que, em indivíduos com episódio psicótico inaugural e uso de canabinóides comórbido, apresentam maior probabilidade de diagnóstico de PHDA na infância.

O uso de metilfenidato está associado a risco aumentado de psicose (nomeadamente formas breves, não especificadas, esquizofreniformes). Algumas hipóteses foram levantadas por diversos autores, tais como: o aumento dos níveis dopaminérgicos funcionarem como fator desencadeante de sintomatologia psicótica; outra explicação prende-se com o facto dos doentes com PHDA medicados apresentarem sintomatologia mais grave e com maior impacto, equacionando-se se que o tratamento com metilfenidato seja apenas um epifenómeno na trajetória neurodesenvolvimental destas duas doenças. No entanto, não se verificou o aumento do risco específico para esquizofrenia.

Discussão e Conclusão

Torna-se clara a existência de uma associação entre PHDA e DEP, com base em dados da genética, hereditariedade familiar, mecanismos fisiopatológicos, características clínicas e a ocorrência das duas patologias, em co-morbilidade ou em diferentes fases do desenvolvimento.

A maioria dos estudos aponta a PHDA na infância ou adolescência como eventual preditor ou fator de risco para DEP na adultícia. Mecanismos partilhados de origem comum poderão ter um papel central na suscetibilidade patogénica, conectando a PHDA na infância a sintomas psicóticos posteriores.

Os estudos existentes são na sua maioria observacionais e retrospectivos e poucos foram os que avaliaram o papel das intervenções terapêuticas, sendo necessária investigação adicional nesta área, para melhor entendimento dos fatores etiológicos, características clínicas e abordagem terapêutica.

Referências

- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology*, 16(5), 422-433.
- Levy, E., Traicu, A., Iyer, S., Malla, A., & Jooper, R. (2015). Psychotic disorders comorbid with attention-deficit hyperactivity disorder: an important knowledge gap. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3 Suppl 2), S48.
- Rho, A., Traicu, A., Lepage, M., Iyer, S. N., Malla, A., & Jooper, R. (2015). Clinical and functional implications of a history of childhood ADHD in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 165(2-3), 128-133.
- Shyu, Y. C., Yuan, S. S., Lee, S. Y., Yang, C. J., Yang, K. C., Lee, T. L., & Wang, L. J. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder, methylphenidate use and the risk of developing schizophrenia spectrum disorders: A nationwide population-based study in Taiwan. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 161-167.
- Barr, W. B. (2001). Schizophrenia and attention deficit disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 239-250.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36(2), 167-179.
- Cassidy, C. M., Jooper, R., King, S., & Malla, A. K. (2011). Childhood symptoms of inattention–hyperactivity predict cannabis use in first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 132(2-3), 171-176.
- Dalteg, A., Zandelin, A., Tuninger, E., & Levander, S. (2014). Psychosis in adulthood is associated with high rates of ADHD and CD problems during childhood. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), 560-566.
- Gomez, R. L., Janowsky, D., Zetin, M., Huey, L., & Clopton, P. L. (1981). Adult psychiatric diagnosis and symptoms compatible with the hyperactive child syndrome: A retrospective study. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, S. A., Janal, M., Kestenbaum, C., Cornblatt, B. & Gottesman, I. I. (2000). Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1416-1422.
- Kollins, S. H. (2008). ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *Journal of attention disorders*, 12(2), 115-125.
- Malcolm, C. P., Picchioni, M. M., DiForti, M., Sugranyes, G., Cooke, E., Joseph, C. & Morgan, C. (2011). Pre-morbid conduct disorder symptoms are associated with cannabis use among individuals with a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 126(1-3), 81-86.

Autism Spectrum Disorder: Evaluation of a Group Parent Program

Filipa Martins Silva (1); Teresá Sá (1); Patrícia Magalhães (1); Vânia Martins (1)

1. Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Resumo

We aim to describe and evaluate an innovative six-session program, based on the McFarlane multifamily group model, provided to parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in a Portuguese Child and Adolescence Psychiatry Department with a specialized team in ASD approach. The program was designed to improve parent's knowledge and understanding of ASD and their child and to decrease parental feelings of isolation. Participants included twelve parents of children and adolescents diagnosed with ASD, followed in the referred Department. Parents answered open-ended questions, both pre- and post-intervention, about their expectations and experiences, respectively. The program consisted of six, ninety minutes, weekly sessions. The first two sessions were devoted to the development of a healthy group dynamic, with parents encouraged to share stories and raise questions. Informative sessions, comprising the main contents suggested by parents, were then offered, still including moments for sharing doubts and experiences. Parents mentioned they improved their understanding both of Autism, in general, and of their own child. In particular, they found the sessions about "The use of medication in ASD" and "Diet in ASD" very important and clarifying. Moreover, parents emphasized the inter-parent support and sharing group dynamic as very useful, as well as the informational resources and practical strategies provided. In conclusion, the six-week program accomplished its aims. Furthermore, parents suggested ongoing sessions to increase the impact of the program.

Palavras-chave:

Autism Spectrum Disorder; Parents; Multifamily Group; Psychoeducation

Introdução

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma entidade clínica persistente e pervasiva, enquadrada nas perturbações do neurodesenvolvimento, que tem como características essenciais um défice persistente na comunicação social recíproca e interação social, bem como padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (APA, 2013). A prevalência desta

perturbação tem aumentado ao longo do tempo, com 1 em cada 59 crianças diagnosticadas com PEA segundo as últimas estatísticas do *Center of Diseases Control and Prevention*, nos Estados Unidos da América (Baio J, 2018). A principal explicação para este aumento está relacionada com as exponenciais investigação e sensibilização sobre a perturbação, conducentes a uma maior compreensão sobre a sua natureza, a melhores abordagens diagnósticas e a uma ampliação do conceito diagnóstico (Baird et al., 2006; Rutter, 2005).

Dada a natureza desta perturbação, os pais destas crianças enfrentam alguns desafios únicos enquanto cuidadores (DePape & Lindsay, 2015), sendo essa experiência descrita por alguns autores como “assoberbante” (Karst & Van Hecke, 2012). Para tal contribuem vários fatores, nomeadamente o facto de os sintomas da PEA persistirem ao longo da vida, exigindo aos pais a dedicação de muito tempo no cuidado dos seus filhos. Além disso, estas crianças são, no geral, menos capazes de expressar os seus desejos e mais suscetíveis de desregulação emocional perante a quebra de rotinas (DePape & Lindsay, 2015). Assim, à frustração de não ser capaz de compreender o seu próprio filho, acrescem os frequentes problemas de comportamento, muitas vezes difíceis de gerir, com repercussão social, não raras vezes com irritabilidade e agitação (Estes et al., 2009). Deste modo, não surpreende que a literatura tenha mostrado, de modo consistente, que os pais de crianças com este diagnóstico apresentam uma diminuída sensação de eficácia parental (Karst & Van Hecke, 2012), um aumento do *stress* parental (Baker-Ericzén, Brookman-Frazee, & Stahmer, 2005; Osborne, McHugh, Saunders, & Reed, 2008) e um aumento dos problemas de saúde mental e física (Allik, Larsson, & Smedje, 2006), comparativamente a pais de crianças com desenvolvimento típico e crianças com outras perturbações do desenvolvimento. É, ainda, reportada uma substancial sobrecarga em termos de gestão financeira e de tempo (Jarbrink, Fombonne, & Knapp, 2003), associada aos custos e deslocações para assegurar a intervenção nas valências terapêuticas necessárias (Fletcher, Markoulakis, & Bryden, 2012). O sofrimento familiar é evidente, também, através das elevadas taxas de divórcio (Hartley et al., 2010) e dos menores índices de bem-estar familiar (Khanna et al., 2011).

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam estas experiências parentais, pois só assim podem vislumbrar a realidade diária destas famílias e o modo como a PEA pode afetar a dinâmica pais-criança (DePape & Lindsay, 2015). Com efeito, estas dificuldades parentais impactam recíproca e negativamente a criança diagnosticada, podendo até diminuir os efeitos positivos das intervenções (Karst & Van Hecke, 2012; Wainer, Hepburn, & McMahon Griffith, 2017). De facto, embora as intervenções que facilitam o diagnóstico precoce e o acesso aos serviços

terapêuticos tenham o potencial de diminuir o *stress* parental, através da gestão das dificuldades comportamentais do seu filho, é necessário assegurar que os pais têm os recursos de que precisam para gerir o stress associado aos próprios cuidados (Bonis, 2016). A este propósito, importa referir que aquando do diagnóstico, o acesso a informação de qualidade sobre a PEA é reportado pelos pais como sendo a sua necessidade mais frequentemente não atendida, quer no que concerne à PEA em geral, quer a cada caso particular, isto é, as manifestações específicas do seu próprio filho (Whitaker, 2002). Efetivamente, tem sido demonstrado o efeito cumulativo positivo de um diagnóstico precoce, acesso à intervenção e provisão de informação e auxílio na gestão do stress parental (Bonis, 2016).

A implementação de grupos psicoeducativos tem mostrado ser uma forma eficaz e custo-efetiva de alcançar um maior número de pais (Brookman-Frazer, Stahmer, Baker-Ericzen, & Tsai, 2006; McAleese, Lavery, & Dyer, 2014; Pillay, Alderson-Day, Wright, Williams, & Urwin, 2011). No geral, estes grupos visam não só a passagem de informação e de estratégias práticas, mas também um suporte e uma aprendizagem mútuos, reduzindo o isolamento frequentemente reportado por estes pais (Farmer & Reupert, 2013; McAleese et al., 2014; Pillay et al., 2011; Shields, 2001). A evidência tem, ainda, demonstrado que seis semanas parecem ser suficientes para cumprir estes objetivos, não implicando, concomitantemente, demasiado tempo de compromisso e de delegação dos cuidados das crianças (Farmer & Reupert, 2013). Quanto aos conteúdos informativos do programa, parece ser benéfico oferecer uma vasta amplitude e variedade de temas e modelos, de modo a ajudar os pais a compreender os fatores subjacentes ao comportamento dos seus filhos (Farmer & Reupert, 2013; McAleese et al., 2014; Pillay et al., 2011; Shields, 2001).

Em Portugal, não estão documentados na literatura programas de grupos psicoeducativos para pais de crianças com PEA. Neste contexto, o programa “Grupo Psicoeducativo Multifamiliar para Pais de Crianças com Diagnóstico de PEA” foi desenvolvido no âmbito da consulta especializada em Perturbação do Espectro do Autismo, do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro-Materno Infantil do Norte (CMIN), pertencente ao Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP). Este programa inovador tem como principais objetivos melhorar o conhecimento e a compreensão parental sobre a PEA, no geral, e sobre o seu filho, em particular, bem como diminuir os sentimentos parentais de isolamento.

Métodos

Descrição do Programa

O programa é constituído por seis sessões semanais de noventa minutos, tendo sido desenvolvido por uma psicóloga com formação e larga experiência em Terapia Familiar, juntamente com internos de formação específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Segue uma abordagem psicoeducativa multifamiliar, adaptada a partir do modelo proposto por McFarlane (McFarlane, 2002), regendo-se, assim, pelos princípios orientadores do referido modelo (formação de uma aliança colaborativa, condução de workshops educacionais, desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e promoção de uma rede de suporte social).

Os principais objetivos do programa são: implementar nos pais uma nova visão sobre a natureza da PEA e as suas particularidades, no que concerne à comunicação, interação social, perfil sensorial, comportamento e pensamento; promover a sensação de competência e a confiança dos pais em lidar com e em prevenir comportamentos disruptivos da criança, desenvolvendo um conjunto individual de recursos e estratégias práticas; reduzir sentimentos de isolamento, encorajando o suporte e a partilha entre os pais e, por fim, diminuir a ansiedade parental, providenciando informação e suporte.

Nas primeiras duas sessões os pais são encorajados a partilhar as suas histórias e a levantar questões, com vista ao desenvolvimento de uma dinâmica de grupo saudável. Seguem-se, entre a terceira e a quinta semanas, sessões informativas, envolvendo os principais conteúdos sugeridos pelos pais nas primeiras sessões e nas avaliações pré-intervenção. A informação é apresentada com recurso a ferramentas multimédia (por exemplo apresentações *power point*, vídeos) e folhetos informativos. Estas sessões intermédias incluem, ainda, momentos de partilha de dúvidas e experiências, com um enfoque concomitante na passagem de estratégias práticas individualizadas que os pais possam usar com os seus filhos. Na sexta semana, a sessão é dedicada ao esclarecimento de questões residuais, consolidando-se os vários temas abordados.

Avaliação do Programa

Entre fevereiro e março de 2018, às segundas feiras, entre as 17h30 e as 19h, procedeu-se à implementação de um projeto piloto deste programa.

O programa foi avaliado de modo qualitativo. Este tipo de investigação permite explorar as experiências dos indivíduos e desenvolver uma compreensão detalhada dos fenómenos sociais (Miller, Hengst, & Wang, 2003), podendo também os dados obtidos através de investigação

qualitativa de qualidade contribuir para a prática baseada na evidência (Coffey & Atkinson, 1996; Grypdonck, 2006). Com este propósito, os pais responderam a questões abertas, tanto pré como pós-intervenção, sobre as suas expectativas e experiências, respetivamente.

Participantes

Este programa destina-se aos pais de crianças e adolescentes com PEA, acompanhados no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CMIN-CHUP. Após divulgação deste programa, pelo médico assistente, aos pais, foram contactados telefonicamente todos os pais que manifestaram interesse em participar. Embora fosse a sua vontade expressa, muitos pais não puderam participar no grupo, sendo os principais motivos apontados a sobreposição com atividades profissionais ou com atividades terapêuticas/educativas dos filhos.

Os participantes do projeto piloto incluíram, no total, doze pais (Tabela 1), dos quais oito (67%) eram do sexo feminino e quatro (33%) do masculino. Todos compareceram a pelo menos quatro sessões, tendo nove dos participantes (75%) assistido a todas as sessões. Metade dos pais compareceram às sessões como casal, tendo a outra metade mantido presença de modo individual, pelo que o total de crianças representadas corresponde a nove, um número inferior ao total de participantes. Desse total de filhos, cinco estavam em idade pré-escolar (2 a 5 anos), dois estavam em idade escolar (6 a 11 anos) e dois eram adolescentes (12 anos ou mais). Dos três casais presentes, um tinha um filho em idade pré-escolar e os restantes tinham filhos adolescentes. Embora não tenha sido feita uma recolha sistemática de dados relativos ao contexto socioeconómico, os participantes incluíram uma variedade de grupos demográficos.

Tabela 1 - Resumo das características dos participantes

	<i>N</i>	%
Total Participantes (Pais)	12	100
Sexo		
Feminino	8	67
Masculino	4	33
Assiduidade		
6 semanas	9	75
4 a 5 semanas	3	25
Tipo Participação		
Individual	6	50
Em casal	6	50
Total Crianças Representadas	9	100
Idade Crianças		
2 a 5 anos	5*	56
6 a 11 anos	2	22
> 12 anos	2**	22

Legenda:

***um dos casais era pai de uma criança em idade pré-escolar**

**** dois dos casais eram pais de adolescentes**

Resultados

As respostas às questões abertas relativas às expectativas (nomeadamente temas a abordar, num momento pré-intervenção) e experiências (incluindo os conteúdos aprendidos e os aspetos mais úteis ou benéficos do programa, num momento pós-intervenção) foram analisados de modo qualitativo, por recurso à análise temática indutiva (Bryman, 2012; Taylor-Powell & Renner, 2003). Assim, procedeu-se à leitura cuidada de cada resposta, destacando-se as ideias expressas, que se agruparam sucessivamente em temas comuns.

Pré-intervenção: expectativas

As principais expectativas dos pais em relação ao programa consistiam em aprender estratégias práticas (por exemplo, para gerir problemas comportamentais dos seus filhos), aumentar a sua

compreensão sobre a PEA, partilhar experiências e diminuir a sua ansiedade (sobretudo em relação ao futuro dos seus filhos).

Uma variedade de temas foi proposta para as sessões: “treino do desfralde”, “os desafios da adolescência (por exemplo sexualidade)”, “terapias disponíveis”, “o uso de medicação”, “dificuldades na adaptação à escola”, “a vida profissional (desafios e apoios)”, “interesses intensos e restritos”, “desregulação emocional”, “estratégias de aumento da comunicação (verbal e não verbal)”, “como gerir o comportamento agressivo”, “os direitos das crianças com PEA”, “meios de suporte parental”. Após discussão em grupo, acordaram-se os temas a abordar neste programa, que compreenderam: “O uso de medicação na PEA”, “A importância da dieta na PEA”, “Apoio socioeducacional disponível”, “Treino do desfralde” e “Questões da adolescência”.

Pós-intervenção: experiências

Os pais salientaram a importância do programa na aquisição de conhecimento sobre a PEA no geral, bem como na melhoria da compreensão das dificuldades e comportamentos dos seus filhos. Neste contexto, realçaram a utilidade dos recursos informacionais e das estratégias práticas fornecidas, que contribuíram para se sentirem mais confortáveis e aptos para lidar com os seus filhos. Referiram, também, estar mais informados sobre as possibilidades de intervenção terapêutica e suporte social. Os pais destacaram as sessões que incidiram sobre “O uso de medicação na PEA” e “A importância da dieta na PEA” como sendo particularmente úteis. Além disso, sublinharam o efeito positivo da oportunidade para partilha de preocupações e dificuldades. Segundo os seus testemunhos, o programa permitiu aperceberem-se de aspetos em comum entre os vários elementos, diminuindo a sensação de isolamento. Além disso, puderam aprender com as experiências do restante grupo. De modo unânime, os pais ressaltaram a importância do grupo em colmatar a falta de informação e suporte que todos referiam sentir.

Pós-intervenção: sugestões

Quanto a possíveis melhorias relativamente ao programa, os pais sugeriram o fornecimento dos recursos informacionais previamente à sessão, via email, e a possibilidade de manter uma via de comunicação online entre as sessões, para discussão de questões pendentes, não abordadas presencialmente. Adicionalmente, foi sugerida a possibilidade de implementação futura de grupos específicos para abordagem de dificuldades particulares concernentes às diferentes faixas etárias,

com um enfoque particular na adolescência. Por último, embora ressalvando que a duração de seis semanas é adequada, os pais propuseram a manutenção de sessões contínuas, numa menor periodicidade, num formato de partilha de experiências e discussão supervisionada por profissionais, para manter o impacto do programa.

Discussão

De um modo geral, o programa permitiu melhorar a compreensão dos pais sobre a natureza e as particularidades da PEA, bem como dos seus próprios filhos, estando agora dotados de mais estratégias práticas para lidar com as suas dificuldades, o que os deixava mais confortáveis. Simultaneamente, o suporte e a partilha entre os pais permitiram uma redução nos sentimentos de isolamento.

Outros estudos com abordagens semelhantes (Farmer & Reupert, 2013; McAleese et al., 2014; Pillay et al., 2011; Shields, 2001), de cariz psicoeducativo e em formato de grupos de pais, têm demonstrado uma mudança significativa pré e pós-intervenção em aspetos como o conhecimento dos pais sobre a PEA e a confiança e ansiedade parentais. O facto de este tipo de apoio promover a capacitação dos pais, mais do que sinalizar as suas dificuldades e obstáculos, parece ser um denominador comum do benefício referido pelos pais nestas intervenções (Pillay et al., 2011). Em particular, fornecer informação sobre a natureza geral da PEA parece ajudar os pais a reconhecer o modo distinto como os seus filhos experienciam o mundo (Farmer & Reupert, 2013; Shields, 2001). Com efeito, a provisão de informação validada sobre diferenças ao nível do neurodesenvolvimento, que podem explicar o pensamento e o comportamento dos seus filhos, parece trazer alívio aos pais, com redução da ansiedade e de sentimentos de culpa. Consequentemente, há a uma maior aceitação e compreensão dos seus filhos (McAleese et al., 2014). Deste modo, o fornecimento aos pais de informação acurada sobre a natureza da PEA parece ser fundamental. Adicionalmente, dotados de mais estratégias práticas, os pais revelam maior confiança nas suas competências para lidar com os seus filhos (Farmer & Reupert, 2013).

Quanto aos conteúdos informativos, importa destacar a relevância atribuída pelos pais a temas como a dieta e a medicação, o que está em concordância com a popularidade crescente, entre a população geral, do uso de abordagens terapêuticas complementares e alternativas em crianças com perturbações crónicas (Madzhidova & Sedrakyan, 2019). De facto, estudos recentes no Reino Unido mostram que mais de 80% dos pais de crianças com PEA reporta algum tipo de intervenção

dietética nos seus filhos. No entanto, os estudos de intervenção que avaliam os efeitos de dietas específicas ao nível dos sintomas na PEA têm sido, até agora, contraditórios e inconclusivos, não havendo evidência que suporte o valor terapêutico de nenhuma dieta específica, a não ser em casos de alergia ou intolerância alimentar documentada (Lange, Hauser, & Reissmann, 2015). Quanto ao uso de medicação, a literatura tem também reportado o interesse dos pais por se esclarecerem sobre este assunto, uma vez que é uma decisão com a qual se deparam com frequência (Williamson & Martin, 2012). A este respeito, convém realçar a importância de se discutir com os pais o conceito de medicação aprovada, “off-label” e de assertividade na gestão de expectativas, isto é, clarificar que a medicação é parte de um plano terapêutico mais abrangente e que o seu uso é direcionado a determinados comportamentos-alvo e não aos sintomas centrais da PEA (comunicação/interação social e comportamentos repetitivos) (Williamson & Martin, 2012).

Adicionalmente, e também em concordância com estudos semelhantes (Farmer & Reupert, 2013; McAleese et al., 2014; Pillay et al., 2011; Shields, 2001), os pais valorizaram o sentimento de pertença a um grupo, com a oportunidade de partilhar a sua história e ouvir as de outros. Este suporte, além de contribuir para uma diminuição do sentimento de isolamento, pode ainda ajudar a validar e normalizar as experiências dos pais (Farmer & Reupert, 2013). A proposta, pelos pais, da manutenção de sessões contínuas, numa menor periodicidade, para manter o impacto do programa, destaca, uma vez mais, a sensação de isolamento destes pais e a importância do suporte mútuo e partilha de experiências para colmatar esse problema.

Com efeito, uma das limitações deste estudo é a ausência de um acompanhamento a longo prazo, importante para avaliar em que medida os pais aplicaram os seus novos conhecimentos e competências e se estes ganhos foram ou não sustentados. Adicionalmente, embora o intuito deste estudo fosse capturar as expectativas e experiências da perspetiva dos próprios participantes e, portanto, uma investigação qualitativa melhor servisse esse propósito, tal não exclui a possibilidade de uma avaliação quantitativa concomitante, pelo uso de instrumentos validados e com importância clínica, quer ao nível dos pais, da família e das próprias crianças com PEA. Assim, a investigação futura nesta área deve ter estes aspetos em conta, devendo, também, testar a intervenção em amostras maiores e, se possível, comparando com uma intervenção controlo ou alternativa. Uma outra possível aplicação futura é o alargamento deste tipo de intervenção a outros familiares (por exemplo irmãos, avós, etc.) e cuidadores (por exemplo educadores, professores, etc.). Por fim, e como foi também sugerido pelos próprios pais, pode ser importante desenhar, no futuro, grupos psicoeducativos para cuidadores de crianças com PEA em determinadas faixas etárias (por exemplo

pré-escolar, escolar e adolescência), pela especificidade das problemáticas inerentes às diferentes fases do desenvolvimento.

Conclusão

Tendo em conta a prevalência da PEA e os desafios associados aos cuidados de uma criança com esta perturbação, há uma necessidade de desenvolver e implementar programas psicoeducativos parentais. Este artigo descreveu um programa psicoeducativo multifamiliar para pais de crianças e adolescentes com PEA, baseado no modelo de McFarlane, com a duração de seis semanas. Ao informar os pais sobre a natureza e especificidades da PEA, o programa permitiu aos pais compreenderem melhor os seus filhos, tornando-os mais confortáveis e competentes nos seus cuidados. O suporte interparental e a dinâmica de partilha de grupo são aspetos fundamentais do programa e concorrem para a diminuição do sentimento de isolamento parental. Assim, este pode ser um modelo a replicar em contextos semelhantes, pelos importantes benefícios alcançados.

Referências

- Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 1. doi:10.1186/1477-7525-4-1
- APA, A. P. A.-. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baio J, W. L., Christensen DL, et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*, 67(No. SS-6):1–23. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1External>
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368(9531), 210-215. doi:10.1016/S0140-6736(06)69041-7
- Baker-Ericzén, M. J., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2005). Stress Levels and Adaptability in Parents of Toddlers with and without Autism Spectrum Disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(4), 194-204. doi:10.2511/rpsd.30.4.194
- Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues Ment Health Nurs*, 37(3), 153-163. doi:10.3109/01612840.2015.1116030
- Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzen, M. J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: opportunities for cross-fertilization. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 9(3-4), 181-200. doi:10.1007/s10567-006-0010-4
- Bryman, A. (2012). Qualitative data analysis *Social Research Methods* (pp. 565-589). New York: Oxford University Press.

- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making Sense of Qualitative Data, Complementary Research Strategies*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage Publications.
- DePape, A. M., & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res*, 25(4), 569-583. doi:10.1177/1049732314552455
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387. doi:10.1177/1362361309105658
- Farmer, J., & Reupert, A. (2013). Understanding autism and understanding my child with autism: an evaluation of a group parent education program in rural Australia. *Aust J Rural Health*, 21(1), 20-27. doi:10.1111/ajr.12004
- Fletcher, P. C., Markoulakis, R., & Bryden, P. J. (2012). The costs of caring for a child with an autism spectrum disorder. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 35(1), 45-69. doi:10.3109/01460862.2012.645407
- Grypdonck, M. H. (2006). Qualitative health research in the era of evidence-based practice. *Qual Health Res*, 16(10), 1371-1385. doi:10.1177/1049732306294089
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *J Fam Psychol*, 24(4), 449-457. doi:10.1037/a0019847
- Jarbrink, K., Fombonne, E., & Knapp, M. (2003). Measuring the parental, service and cost impacts of children with autistic spectrum disorder: a pilot study. *J Autism Dev Disord*, 33(4), 395-402.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 15(3), 247-277. doi:10.1007/s10567-012-0119-6
- Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 41(9), 1214-1227. doi:10.1007/s10803-010-1140-6
- Lange, K. W., Hauser, J., & Reissmann, A. (2015). Gluten-free and casein-free diets in the therapy of autism. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 18(6), 572-575. doi:10.1097/MCO.0000000000000228
- Madzhidova, S., & Sedrakyan, L. (2019). The Use of Dietary Interventions in Pediatric Patients. *Pharmacy (Basel)*, 7(1). doi:10.3390/pharmacy7010010
- McAleese, A., Lavery, C., & Dyer, K. F. W. (2014). Evaluating a Psychoeducational, Therapeutic Group for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Child Care in Practice*, 20(2), 162-181. doi:10.1080/13575279.2013.820171
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Miller, P. J., Hengst, J. A., & Wang, S.-h. (2003). Ethnographic methods: Applications from developmental cultural psychology *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. (pp. 219-242). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 38(6), 1092-1103. doi:10.1007/s10803-007-0497-7
- Pillay, M., Alderson-Day, B., Wright, B., Williams, C., & Urwin, B. (2011). Autism Spectrum Conditions - Enhancing Nurture and Development (ASCEND): An evaluation of intervention support groups for parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 5-20. doi:10.1177/1359104509340945

- Rutter, M. (2005). Aetiology of autism: findings and questions. *J Intellect Disabil Res*, 49(Pt 4), 231-238. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00676.x
- Shields, J. (2001). The NAS EarlyBird Programme:Partnership with Parents in Early Intervention. *Autism*, 5(1), 49-56. doi:10.1177/1362361301051005
- Taylor-Powell, E., & Renner, M. (2003). Analyzing qualitative data. *Extension, Program Development and Evaluation*.
- Wainer, A. L., Hepburn, S., & McMahon Griffith, E. (2017). Remembering parents in parent-mediated early intervention: An approach to examining impact on parents and families. *Autism*, 21(1), 5-17. doi:10.1177/1362361315622411
- Whitaker, P. (2002). Supporting families of preschool children with autism: what parents want and what helps. *Autism*, 6(4), 411-426. doi:10.1177/1362361302006004007
- Williamson, E. D., & Martin, A. (2012). Psychotropic medications in autism: practical considerations for parents. *J Autism Dev Disord*, 42(6), 1249-1255. doi:10.1007/s10803-010-1144-2

Esperar para ver? Um caso de Ultra-High Risk para psicose

Mariana Falcão (1), Mariana Liz (1), Ana Filipa Lopes (1), Teresa Sá (1), Manuela Araújo (1), Filipa Caldas (2).

1. Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

2. Hospital de Magalhães Lemos

Resumo

Os indivíduos *Ultra High Risk* (UHR) apresentam sintomas psicóticos subclínicos, predisposição genética, declínio funcional e isolamento social, sendo que uma percentagem significativa destes indivíduos apresenta evolução para perturbação psicótica. A deteção e intervenção precoces conferem melhoria do prognóstico. De seguida apresenta-se um caso de um homem (D.) de 25 anos, enviado ao Serviço de Urgência com mandado de condução após ter agredido o pai. Quando tinha 17 anos o D. iniciou quadro de isolamento social e aos 23 anos iniciou acompanhamento em Psiquiatria por queixas cognitivas inespecíficas, objetivando-se contacto aplanado e discurso de conteúdo bizarro. Aos 25 anos o pai descreve mudança radical, com quadro de heteroagressividade, solilóquios, descuido nos autocuidados e comportamento desorganizado, com 2 meses de evolução. Dos antecedentes familiares ressalvam-se perturbação da personalidade paterna e esquizofrenia materna. Ao exame objetivo apresentava-se em mau estado de higiene, defensivo, com risos imotivados e discurso desorganizado. Os estudos analítico e imagiológico não revelaram alterações. Foi internado compulsivamente e medicado com Paliperidona 6mg. Ao sexto dia de internamento, apesar de defensivo e apático, o D. não apresentava sintomatologia heteróloga. Teve alta ao fim de 24 dias, com a medicação prescrita inicialmente. Atualmente mantém seguimento irregular em consulta de Psiquiatria e dificuldades na integração social e apatia. Propôs-se terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os indivíduos UHR são geralmente jovens que apresentam disfunção social, défices cognitivos e alterações cerebrais imagiológicas semelhantes às descritas nos indivíduos com esquizofrenia. Apesar da abordagem ser ainda pouco consensual, vários estudos ressalvam o benefício de TCC, antipsicóticos atípicos e ómega-3 no atraso da conversão para psicose.

Palavras-chave: *Ultra-high risk*; esquizofrenia.

Introdução

Está descrito que 80 a 90% dos doentes com esquizofrenia experienciam sintomas psiquiátricos subagudos nos anos precedentes ao primeiro episódio psicótico (1). O conceito de *Ultra High Risk* (UHR), caracterizado por sintomas psicóticos subclínicos, predisposição genética, declínio funcional e isolamento social, evoluiu no sentido de detetar potenciais sintomas prodrómicos (2). Os indivíduos com critérios UHR apresentam grande risco de evolução para psicose, alterações do funcionamento cognitivo e social e comorbilidade com outras patologias psiquiátricas (3). De seguida apresenta-se o caso clínico de um jovem com critérios de UHR e a sua evolução ao longo dos primeiros anos de psicopatologia.

Caso Clínico

Homem (D.), 25 anos, raça caucasiana, filho único, solteiro e residente no Porto com ambos os pais. Tem o 12º ano de escolaridade com 2 reprovações, que não associa a dificuldades de aprendizagem mas a falta de supervisão e interesse, estando atualmente desempregado. Não tem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo nem toma qualquer tipo de medicação. Refere consumo esporádico de canabinóides no passado, negando consumo de álcool ou drogas ilícitas atualmente. Apresenta antecedentes de encoprese secundária aos 5 anos (altura em que a mãe foi internada e ficou aos cuidados da tia materna), com seguimento irregular em consultas de Pedopsiquiatria e onde foi descrito como criança colaborante e de fácil contacto. O D. relata ainda queixas de abuso psicológico com agressões verbais por parte de ambos os pais. Dos antecedentes familiares ressaltam-se pai com perturbação de personalidade e mãe com esquizofrenia, com 2 internamentos e atualmente sem acompanhamento psiquiátrico. O D. considerava que era um “adolescente sociável” até aos 17 anos, altura em que iniciou isolamento social progressivo e desenvolveu interesses em artes esotéricas, filosofia e religião. Aos 23 anos inicia acompanhamento irregular em consulta de Psiquiatria por queixas cognitivas inespecíficas: “Tinha défices de memória” (sic). Nestas consultas é descrito contacto aplanado e discurso de conteúdo algo bizarro: “Acredito em bruxarias; ponho incenso no quarto para me conectar com a natureza” (sic). Foi prescrito Escitalopram 10 mg mas abandonou autonomamente ao fim de 2 meses por “piorar ainda mais a memória” (sic). Aos 25 anos o pai descreve “mudança radical” (sic), com heteroagressividade, solilóquios, descuidado nos autocuidados e comportamento desorganizado. O D. nega estas alterações, revelando apenas agravamento do isolamento social, apatia e queixas mnésicas. Dois meses após o início do quadro descrito pelo pai, o D. é enviado ao Serviço de Urgência (SU) com mandado de condução por episódio de heteroagressividade dirigido ao pai. Ao exame do estado

mental no SU objetivava-se muito mau estado de higiene e o D. apresentava-se muito defensivo, com risos imotivados e contacto psicótico. O discurso era marcadamente desorganizado, com dificuldade em estabelecer um processo ideativo e com comentários desadequados para a situação. Não se apurava atividade delirante ou ideação auto ou heteroagressiva. Realizou estudo analítico, incluindo exame sumário da urina e pesquisa de drogas de abuso na urina e Tomografia Computarizada Cranioencefálica, que não revelaram alterações. Foi internado compulsivamente para estudo diagnóstico e ajuste terapêutico, sendo inicialmente medicado com Lorazepam 2,5 mg e Paliperidona 6 mg. Ao 6º dia de internamento, o D. apresentava-se adequado, apesar de defensivo, com discurso organizado mas pobre em conteúdo, sem sintomatologia heteróloga aparente e com aspeto mais investido “Falo comigo próprio quando estou sozinho, sempre o fiz; tenho o cabelo e a barba compridos porque está na moda” (sic). Realizou avaliação psicológica com recurso aos testes de Matrizes de Raven, Questionário de Vulnerabilidade ao Stress de Vaz Serra, Prova de Memória das 15 Palavras de Rey e avaliação da memória visuo-espacial de longo termo e de reconhecimento de palavras. A avaliação psicológica revelou nível intelectual médio, vulnerabilidade ao stress, capacidade de aprendizagem reduzida e distraibilidade fácil. Teve alta clínica em regime voluntário ao fim de 24 dias, com a mesma medicação prescrita inicialmente. Atualmente mantém seguimento irregular em consulta de Psiquiatria, existindo dúvidas quanto à toma da medicação. Foi proposto para Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com o intuito de adquirir mecanismos de coping com a sintomatologia psicótica, sendo que atualmente aguarda o agendamento da primeira avaliação. Mantém discurso de conteúdo bizarro, dificuldades na integração social e apatia.

Discussão

Estudos retrospectivos em doentes com primeiro episódio psicótico mostram que os sintomas depressivos e negativos antecedem o episódio psicótico em 5 a 6 anos. A importância na identificação precoce dos indivíduos em risco reside no facto de que muita da disfuncionalidade associada à esquizofrenia deve-se ao isolamento social e sintomas negativos que se desenvolvem durante o período de pródromo (1,2). A deteção e intervenção precoces são consideradas a melhor forma de obter melhoria significativa do prognóstico destes doentes. A classificação UHR surge, então, com o intuito de identificar precocemente os indivíduos em maior risco de conversão para psicose (3). Os critérios UHR subdividem-se em três categorias de diagnóstico: Sintomas Positivos Atenuados, Sintomas Psicóticos Intermitentes Breves e Risco Genético com Deterioração. No grupo dos Sintomas Positivos Atenuados incluem-se os indivíduos com pelo menos um sintoma psicótico

sublimiar (crenças bizarras ou pensamento mágico; experiências perceptivas pouco usuais; pensamento, discurso, aparência ou comportamento bizarros; desconfiança; ideias de auto-referência) no ano prévio. Na categoria dos Sintomas Psicóticos Intermitentes Breves agrupam-se os indivíduos que tenham tido pelo menos um sintoma psicótico positivo que ultrapassa o limiar para o diagnóstico de psicose, mas com duração inferior a uma semana e atenuação espontânea. No grupo do Risco Genético com Deterioração incluem-se os indivíduos com risco genético (diagnóstico de perturbação da personalidade esquizotípica no próprio ou parente de primeiro grau com esquizofrenia) e, simultaneamente, declínio da funcionalidade (redução de 30% na Escala de Avaliação Global do Funcionamento no último ano) (4). No DSM-5 existe a categoria de Síndrome Psicótico Atenuado, caracterizada por pelo menos um dos sintomas (delírios, alucinações ou alterações da percepção, discurso desorganizado), pelo menos uma vez por semana no último ano, que se apresentam de forma atenuada mas com gravidade ou frequência suficiente para requererem atenção clínica (5).

Os indivíduos com critérios UHR são geralmente adolescentes ou adultos jovens que, para além de apresentarem sintomas psicóticos subclínicos ou sintomas psicóticos francos com rápida atenuação espontânea, apresentam muitas outras queixas merecedoras da atenção clínica, nomeadamente ansiedade, depressão, abuso de substâncias, sintomas negativos, diminuição da performance académica e dificuldades nas relações interpessoais. Nestes indivíduos está descrito aumento das taxas de suicídio, sendo que 47% reporta pelo menos uma tentativa de suicídio prévia ao início do tratamento. Apresentam ainda défices na maioria dos domínios neurocognitivos (QI verbal, memória verbal e fluência, atenção) e os sintomas precoces fundamentais são os distúrbios da atenção causados por incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes e de se concentrar seletivamente (6). Os estudos de neuroimagem anatômica e funcional e os estudos neurofisiológicos demonstram múltiplas alterações parecidas com aquelas que são reportadas nos indivíduos com esquizofrenia (1). Quando se analisa a evolução clínica dos indivíduos UHR, o parâmetro mais preocupante e que recebe maior foco clínico é a possibilidade de conversão para psicose. Apesar da existência de múltiplos estudos com percentagens distintas de transição para psicose, a maioria demonstra que as taxas de conversão são inferiores a 40% e que ocorrem mais frequentemente nos primeiros anos após o início da sintomatologia, sendo que nos 2 primeiros anos as taxas rondam os 29 a 35%. Tem-se reportado um declínio no risco de transição para psicose ao longo dos anos, mas estes dados poderão refletir a deteção e tratamento mais precoces destes indivíduos (1,2). Foram investigados vários fatores que pudessem ser preditores do risco de transição para psicose, sendo

que a gravidade dos sintomas positivos e a baixa funcionalidade no ano prévio estão descritos como sendo os preditores mais fortes para conversão, o que justifica que os indivíduos com Sintomas Psicóticos Intermitentes Breves apresentem maior probabilidade de conversão do que as outras categorias UHR (1). Além da possibilidade de conversão para psicose, o clínico deve também estar atento à perturbação de humor e ansiedade frequentemente comórbida. Quanto à abordagem terapêutica, apesar de não existirem ainda guidelines consensuais, a maioria dos estudos revela vantagens no tratamento das comorbidades e no tratamento dirigido. Os estudos enaltecem a importância do tratamento psicológico (com maior evidência para a TCC), farmacológico (antipsicóticos atípicos) e neuroprotetor (ômega-3). A TCC é uma psicoterapia que demonstra eficácia nos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia no sentido de promover aquisição de mecanismos de coping com os sintomas psicóticos e reduzir o risco de recaída. Este tratamento psicológico é ainda eficaz no tratamento de ansiedade e abuso de substâncias. Quanto ao tratamento psicológico e farmacológico, existem dúvidas sobre se estes atrasam o primeiro surto ou se reduzem efetivamente a taxa de conversão. Contudo, são úteis no controlo da sintomatologia positiva e no tratamento de comorbidades. O tratamento com ômega-3 parece reduzir as taxas de conversão e melhorar os sintomas positivos e negativos (6,7).

No caso clínico apresentado é possível observar um adulto jovem com critérios de diagnóstico UHR. Apresentava queixas de isolamento social, apatia e queixas cognitivas inespecíficas com vários anos de evolução antes do primeiro episódio psicótico. Estas queixas são compatíveis com sintomatologia negativa, que pode preceder em vários anos a sintomatologia positiva. Para além dos sintomas negativos, este doente desenvolveu interesse em artes esotéricas, filosofia e religião e o seu discurso assumia um cariz algo bizarro. Quanto à categorização, o D. poderia ser integrado no grupo de Sintomas Positivos Atenuados, uma vez que apresentava crenças bizarras e pensamento mágico que não cumpriam ainda critérios de psicose. Por outro lado, o D. poderia ser classificado no grupo Risco Genético com Deterioração, uma vez que a sua mãe tem o diagnóstico de esquizofrenia e o D. apresentou declínio da sua funcionalidade (ainda que não tenha sido aplicada a Escala de Avaliação Global do Funcionamento). Quanto à comorbidade, o D. não parece apresentar perturbação do humor ou de ansiedade nem abuso de substâncias. As queixas de apatia poderiam ser enquadradas num quadro depressivo mas, dado o longo tempo de evolução e a ausência de outras queixas descritas na perturbação de humor, acabam por ser entendidas na sintomatologia negativa característica da perturbação do espectro da esquizofrenia. Quanto ao tratamento, a instituição de antipsicótico atípico justificou-se nesta fase de evolução da doença para

controlo da sintomatologia positiva, sendo que teve um efeito rápido na resolução da mesma. O D. foi proposto para integração em TCC mas, à data da realização deste trabalho, ainda não tinha iniciado o seguimento.

O presente caso clínico vem demonstrar a importância de uma deteção precoce dos indivíduos em risco de psicose, para que possa ser oferecida uma intervenção atempada que permita atrasar a conversão para psicose e melhorar o prognóstico destes doentes.

Referências:

Addington J, Heinssen R. (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual Review Clinical Psychology.*, 8, 269-289.

Ising H.K, Smit F, Veling W, Rietdijk J, Dragt SM, Klaassen R.M, Savelsberg N.S, Boonstra N, Nieman D.H, Linszen D.H, Wunderink L, van der Gaag M. (2015). Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. *Psychological Medicine.*, 45, 1435-1446.

Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman L.J, Valmaggia L, Cannon T, Velthrost E, De Haan L, Cornblatt B, Bonoldi I, Birchwood M, McGlashan T, Carpenter W, McGorry P, Klosterkötter J, McGuire P, Yung A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry.*, 70, 107-120.

Sommer I, Bearden C. (2016). Early interventions in risk groups for schizophrenia: what are we waiting for? *Schizophrenia International Research Society.* 2,16003.

APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição.* Lisboa: Climepsi Editores.

Preti A, Cella M. (2010). Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research.*, 123, 30-36.

Seidman L.J, Nordentoft M. (2015) New Targets for Prevention of Schizophrenia: Is It Time for Interventions in the Premorbid Phase? *Schizophrenia Bulletin.*, 41, 795-800.

Prevenção de comportamentos autolesivos na adolescência

Ana Margarida Vieira Bernardo (1), Ana Serrano (2), João Pedro Lourenço (3)

1. Psiquiatria, Hospital Garcia de Orta

2. Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Garcia de Orta

3. Psiquiatria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Resumo

Os comportamentos autolesivos na adolescência devem ser considerados como um sinal de alarme de uma adolescência patológica, que evidencia um sofrimento que não deverá ser desvalorizado. A terapêutica psicofarmacológica tem um contributo importante, mas insuficiente nestas situações. Tal facto motivou a comunidade médica a investir em novas intervenções psicossociais, associadas aos psicofármacos. Este trabalho pretende rever a literatura atual existente, relativamente às estratégias utilizadas na prevenção dos comportamentos autolesivos nesta população. Foi realizada uma pesquisa de bases de dados e literatura científica, em que se utilizaram os termos “adolescent”, “suicide”, “non-suicide behaviors” e “psychotherapy, sendo selecionados os artigos considerados relevantes. Os estudos demonstraram uma elevada heterogeneidade a nível metodológico, relativamente às características das populações-alvo, da própria intervenção, das medidas de avaliação diagnóstica, outcome e tempo de follow-up. Relativamente à prevenção primária, foram encontrados principalmente protocolos de rastreio de doença mental e programas de psicoeducação no setting escolar. Na prevenção terciária, foi mais frequentemente encontrada a associação da terapia familiar e individual, com vantagens identificadas também na psicoterapia de grupo. A complexidade de avaliar os fatores associados a estes comportamentos, associada à escassez de estudos adequados, pode explicar porque é que, apesar da elevada diversidade de estratégias em investigação e utilização, todas permanecem atualmente com baixos graus de evidência. Algumas das estratégias sugeridas mais frequentemente pela literatura focam-se principalmente nas intervenções a nível escolar, propondo a formação dos profissionais escolares acerca dos comportamentos autolesivos e a criação de um ambiente escolar menos estigmatizante da saúde mental.

Palavras-chave: adolescente; comportamentos autolesivos; suicídio

INTRODUÇÃO

A construção da adolescência

A palavra “adolescência” deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer” ou “amadurecer” (1). É considerada uma etapa do desenvolvimento que decorre desde a puberdade até à idade adulta. A controvérsia do termo, quer do ponto de vista do conteúdo, quer da sua delimitação, torna-o um conceito difícil de universalizar. (2, 3)

Historicamente, na Antiguidade grega já existiriam relatos a identificar um período da vida entre a infância e a fase adulta, ao qual eram atribuídas características diferenciadas, como a “impulsividade e a paixão”. Contudo, até ao século XIX, a infância era a única etapa da vida que se diferenciava da fase adulta, sendo exigido do indivíduo, tão logo deixasse de ser criança, posturas e responsabilidades atribuídas a um adulto daquela comunidade. É com a Revolução Industrial e a progressiva necessidade de mão de obra especializada, que começa a aparecer o que atualmente se identifica como adolescência. Palácios, descreve a adolescência como “*um fenómeno típico do século XX, facilitado pelo prolongamento da vida humana e pela necessidade de uma formação cada vez mais longa para o trabalho*” (3). Surge assim uma etapa intermediária, considerada como um período de preparação e de transição, em que o adolescente é um “potencial a ser desenvolvido” e em que estarão em criação as bases para o futuro adulto.

Esta breve contextualização histórica entra em linha de acordo com vários autores da área da Psicologia, Antropologia e Sociologia, enquadrando o conceito de adolescência como uma fase da vida, não possuidora de características inerentes a ela e como um constructo social, indissociável da matriz histórica e cultural em que se inscreve.

Apesar desta classificação etária não ser consensual, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os limites cronológicos da adolescência entre 10 e 19 anos (adolescente) e a Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (jovem). É também utilizado o termo “*população juvenil*” para todos os que têm entre 10 e 24 anos e “*jovens adultos*” para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade. (4)

As divisões que têm como base de separação a idade a puberdade (conceito biológico), têm sido muito usadas principalmente para fins legais e jurídicos, mas também médicos e escolares (3).

Na maioria dos países, o conceito de maioridade do ponto de vista legal é estabelecido aos 18 anos. O Código Civil em Portugal define os 18 anos como a idade de maioridade desde 1977, ou seja, definindo-a como a idade em que todos os cidadãos adquirem plena capacidade de exercício dos seus direitos. De acordo com o Decreto-Lei nº 47344, artigo 130º, “*Aquele que perfizer dezoito*

anos de idade adquire plena capacidade de exercício de direitos, ficando habilitado a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens.” (5)

Assim, apesar do seu inquestionável papel do ponto de vista social e organizacional, o conceito de **maior** não poderá ser confundido ou considerado sinónimo de **adolescente**, o qual é polideterminado e não poderá ser definido apenas pela idade cronológica.

Adolescência Saudável versus Patológica

Até aos anos 80 do séx XX era frequente conceptualizar-se a adolescência como uma época vivida necessariamente de forma difícil, a chamada “crise da adolescência”. A ideia de que uma adolescência normal não poderia ocorrer sem depressão ou uma “profunda crise”, foi posteriormente contrariada por grandes estudos epidemiológicos. (4,6,7)

Uma adolescência saudável pode envolver a procura de risco, sendo a repetição, continuidade ou intensidade marcada desses comportamentos que são indicadores de preocupação, assim como a existência de um padrão de consequências negativas para o próprio. (8,9)

Durante o período da adolescência, o cérebro encontra-se ainda em processo de maturação, facto que pode ajudar na compreensão de várias emoções e comportamentos de risco juvenis. Foi demonstrado através de estudos de neuroimagem que a puberdade corresponde a um período de desenvolvimento estrutural, havendo uma reorganização sináptica do córtex pré-frontal e parietal, permitindo uma otimização da transferência de informação e da velocidade de processamento de informação, em relação ao cérebro juvenil. Estando os circuitos cerebrais ainda estão em formação, torna-se mais difícil pensar criticamente antes de fazer escolhas. O conhecimento do processo maturativo global do “cérebro adolescente” contribui para uma compreensão mais completa da adolescência, que integra a perspetiva neurobiológica com os fatores contextuais onde o jovem se move (família, escola, comunidade, redes sociais...). (4)

Vários autores conceptualizaram a adolescência normal como um conjunto de tarefas ou etapas desenvolvimentais, cuja aquisição representaria um progressivo crescimento em direção à vida adulta.

Havighurst (1) foi um autor com um importante contributo no desenvolvimento da criança e do adolescente, tendo descrito 10 tarefas desenvolvimentais características do período da adolescência, que deverão necessariamente ser enquadráveis à data da sua publicação: “1 – alcançar novas e mais

maduras relações com membros de ambos os sexos; 2 – desenvolver um papel de género feminino ou masculino; 3 - aceitar as características físicas do corpo e utilizá-lo de forma eficaz; 4 – alcançar “independência emocional” em relação aos pais e outros adultos; 5 – alcançar algum nível de independência económica; 6 – escolher e preparar uma ocupação profissional; 7 – preparar para o casamento e constituição de uma família; 8 – desenvolver competências intelectuais e conceitos necessários às competências cívicas; 9 – alcançar comportamentos socialmente responsáveis; 10 – adquirir um conjunto de valores e sistema ético como um guia para o comportamento.” Algumas décadas depois, Salverstone (1) agrupou estas tarefas em 4 categorias principais: “1 – identidade (que envolveria a determinação da pergunta “quem sou eu?”); 2 – conectividade (que incluiria o estabelecimento de relações com pares); 3 – poder (o desenvolvimento do sentimento de poder e de controlo); 4 – esperança/felicidade (que seria alcançada completando com sucesso as três tarefas prévias).

De acordo com teoria do desenvolvimento psicosssexual, de Erik Erikson (10) a personalidade desenvolver-se-ia segundo uma sequência de estádios, cada um deles caracterizado por uma crise ou conflito dominante. A resolução desse conflito resultaria na possibilidade de avançar para as tarefas desenvolvimentais do estágio seguinte. Nesta perspetiva, o conflito dominante na adolescência seria entre a formação de identidade versus a difusão de identidade.

No início da década de 80, os autores Gross e Duke (7) trazem uma nova reformulação das tarefas do desenvolvimento de um adolescente “saudável”: “1 – mostrar progressos sucessivos na conquista da autonomia; 2 – caminhar para uma avaliação correta e realista da sua imagem corporal; 3 – conseguir uma expressão controlada e satisfatória dos seus impulsos sexuais; 4 – expandir as suas relações fora da família; 5 – implementar um plano realista para atingir estabilidade social; 6 – conseguir a transição da conceptualização concreta para a abstrata; 7 – atingir um sistema de valores aplicável aos acontecimentos de vida.”

A “adolescência patológica” manifestar-se-á através de um mal-estar significativo e consistente, assim como desesperança, incapacidade de lidar com as emoções, dificuldade em resolver problemas do quotidiano e dificuldade em projetar-se num futuro desejado e com sentido. A presença de comportamentos autolesivos são um sinal de alarme de uma adolescência patológica. (11) Se a presença destes sinais for detetada, justifica-se uma avaliação por técnicos com formação especializada em Saúde Mental, seja por Pedopsiquiatria, Psiquiatria e/ou Psicologia.

O espectro dos comportamentos suicidários

O suicídio é um problema de saúde pública, continuando a ser uma das cinco primeiras causas de morte nos jovens, sendo a 2^a causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos (12). No século XXI, a taxa de suicídio juvenil em Portugal foi sempre inferior a 5 por 100.000, mas é necessário estar alerta para o facto dos dados epidemiológicos fornecerem apenas uma visão parcelar do problema. Considera-se que as taxas de suicídio juvenil descritas estão subestimadas, devido a sistemas de registo pouco fiáveis, nomenclatura heterogénea e controversa e por razões de estigma, com frequente ocultação por parte da família. (6,7)

Os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio são um dos principais fatores de risco para o suicídio, conferindo um valor preditivo na avaliação do risco suicida. A proporção de comportamentos autolesivos sem intencionalidade suicida para tentativas de suicídio é de 30:1 nos jovens (12). Os comportamentos autolesivos apresentam múltiplos significados e intenções na forma como comunicam as suas dificuldades, o seu sofrimento e desespero. Em todos encontramos sempre um ataque ao corpo, um processo auto-regulatório emocional, uma tentativa de restauração da identidade.

Os dados da equipa da Consulta de Prevenção do Suicídio em Coimbra (11) são reveladores da elevada prevalência de comportamentos suicidários na adolescência, descrevendo 600 casos anuais de tentativas de suicídio por 100.000 habitantes em mulheres dos 15 aos 24 anos.

De acordo com estudos de amostras comunitárias nas escolas secundárias portuguesas (6), a prevalência de comportamentos autolesivos ao longo da vida foi de 10.5% para raparigas e 3.3% para rapazes. Aproximadamente 34.4% dos jovens já tiveram ideação suicida, 7% tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio e 7.3% dos adolescentes haviam apresentado pelo menos um episódio de comportamentos autolesivos. Verificou-se também que só uma minoria dos casos representou uma ida ao hospital ou chegou aos cuidados de um técnico de saúde, permanecendo a maioria das situações como um “comportamento oculto”.

Não existe consenso na comunidade científica acerca da nomenclatura (conceitos básicos, terminologia e definição) a usar relativa ao espectro de cognições e comportamentos suicidários. Diferentes grupos de trabalho utilizam diferentes nomenclaturas, tendo estas discrepâncias implicações marcadas na compreensão e comparação de dados epidemiológicos, clínicos e também ao nível da prevenção. (2,7)

Existem quatro conceitos básicos que são utilizados em todas as nomenclaturas: **Método** [referente ao meio ou processo utilizado na produção da autolesão, comportamento suicidário ou tentativa de suicídio (TS); exemplos: enforcamento, sobredosagem...]; **Resultado** [morte (acidental ou suicídio); sobrevivência com ou sem lesões]; **Letalidade** [referente ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado; a letalidade objetiva (avaliada por um médico) pode diferir da letalidade subjetiva (avaliada pelo próprio sujeito), sendo um exemplo clássico a intoxicação com paracetamol, de alta letalidade objetiva, mas frequentemente avaliada como baixa letalidade subjetiva]; **Intencionalidade** [definida como a determinação para agir de modo a atingir um objetivo (que pode ser provocar o suicídio, lesões ou dor autoinfligidas); é o conceito mais controverso, dado que a sua avaliação, ao depender primariamente do auto-relato, é um potencial alvo de enviesamento (6,7)

Em Portugal, o grupo de trabalho responsável pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, optou pela nomenclatura que se descreve de seguida (4,7):

- **Ideação Suicida** (pensamentos sobre a morte, autolesão ou morte autoinfligida. Quanto maior a magnitude, frequência e persistência, maior será o risco de um eventual suicídio ou comportamento autolesivo): **ideação suicida ativa** (a morte ou a autolesão como um objetivo claro, associando-se a planificação e intencionalidade marcada); **ideação suicida passiva** (em que a morte ou a autolesão surge como uma ideia pouco definida, sendo comuns frases como “mais valia não estar cá”, mas sem qualquer planificação e acompanhada de elevada ambivalência).

- **Comportamentos Autolesivos: comportamentos autolesivos sem intenção suicida** [o comportamento é intencional, mas não há intencionalidade suicida (ex: automutilação, ingestão de fármacos em doses excessivas ou substâncias não ingeríveis, como lixívia ou lâminas...)]; **comportamentos autodestrutivos indiretos** [participação, geralmente de modo repetido, em atividades perigosas sem que exista uma intenção consciente de morrer (ex: abuso do álcool e das drogas, tabagismo, comportamento criminoso...)].

- **Atos Suicidas: tentativas de suicídio (parassuicídio** –conceito em que está inerente a intenção de manipular o ambiente externo (já não é utilizado; **suicídio frustrado** - tentativa com intenção letal à priori, com desfecho não letal por circunstâncias alheias ao sujeito); **suicídio consumado** (morte decorrente de suicídio, intencional ou acidental, se a intenção a priori não era letal).

Avaliação do Risco Suicidário

A maioria das pessoas que cometeram suicídio, no mês anterior ao suicídio, consultaram um médico, frequentemente um não especializado em psiquiatria. (3) Assim, capacitar toda a classe médica sobre a avaliação do risco de suicídio constitui só por si um importante componente da prevenção do suicídio.

A avaliação do risco suicidário é feita através da entrevista clínica, podendo ser complementado com instrumentos de autoaplicação (testes e escalas), que nunca deverão ser usados de forma isolada, mas serem sempre complementares ao parecer clínico. (4,6,7)

A avaliação começa pela identificação dos fatores de risco e fatores protetores e distinção de quais são modificáveis, sejam eles individuais, familiares, socioculturais ou situacionais. Estes fatores devem ser enquadrados no contexto da história biográfica do jovem e pensados de forma integrada e flexível, de forma a que se consiga determinar o risco iminente de suicídio ou o risco de repetição do comportamento autolesivo ou ato suicida. Não existe uma causa simples, assim como também não existe um único fator de risco ou fator protetor que possa causar ou evitar o ato suicida. (4,6,7)

Devem ser feitas perguntas diretas acerca do ato suicida e da ideação suicida, para que se consiga determinar o grau de risco de forma mais precisa (baixo, médio ou alto risco) e a partir daí, delinear o plano de intervenção de acordo com risco avaliado.

Citando Braz Saraiva (7), *“Restringir os comportamentos suicidários à química do cérebro e perder a compreensão global para um dos fenómenos mais intrigantes do ser humano”*. Assim, tem-se vindo a compreender que, apesar do papel importantíssimo da terapêutica psicofarmacológica, o seu contributo é insuficiente para o controlo e prevenção deste fenómeno global.

A utilização de psicofármacos poderá integrar parte de um programa terapêutico, quando existir uma perturbação psiquiátrica subjacente. Contudo, tanto o diagnóstico como o tratamento, deverão ser feitos por um médico especialista em Psiquiatria ou Psiquiatria da Infância da Adolescência. Não iremos aprofundar esta temática de forma detalhada pois consideramos que, não sendo o propósito inicial, excede os limites propostos pelos autores como objetivo desta revisão. Assim, o nosso foco será descrever e caracterizar a evidência das intervenções não farmacológicas na prevenção (primária, secundária e terciária) dos comportamentos suicidários, na população adolescente.

A prevenção primária será dirigida à totalidade dos jovens, a secundária aos jovens que evidenciam fatores de risco e a terciária aos jovens que efetuam ou já efetuaram comportamentos autolesivos (13,14).

METODOLOGIA

Os autores propuseram-se a rever a literatura atual existente, relativamente às estratégias utilizadas na prevenção dos comportamentos autolesivos na população adolescente. Foi realizada uma pesquisa de bases de dados (PUBMED, Medscape, Uptodate) e literatura científica, em que se utilizaram os termos “*adolescent*”, “*suicide*”, “*non-suicide behaviors*” e “*psychotherapy*”. Foram selecionados os artigos considerados de relevância para este trabalho. A pesquisa bibliográfica foi complementada através do recurso a livros não disponíveis em versão online, específicos das áreas de suicidologia e adolescência.

RESULTADOS

Os autores encontraram uma grande heterogeneidade na metodologia dos estudos, destacando: as diferenças nas características da população-alvo em relação à idade e sexo (até aos 19 anos (15-18); dos 18 aos 25 anos (19,20); apenas incluída mulheres (15,21) e os diferentes tipos de contexto em que a amostra foi avaliada, com amostras comunitárias (escolas secundárias) (8,19,22) ou amostras clínicas: Serviço de Urgência (17,23), Internamento (24), Ambulatório (15,16,18,20), Hospital de Dia (21).

Foi também possível confirmar a dificuldade encontrada previamente por outros autores, em que o facto de diferentes grupos de trabalho utilizarem diferentes nomenclaturas, implicava marcadas discrepâncias na compreensão e comparação de dados epidemiológicos, clínicos e mesmo ao nível da prevenção (7,15). Sendo já este problema complexo o suficiente na língua inglesa, torna-se ainda mais complicado quando é preciso traduzir o termo a utilizar para a língua portuguesa.

Relativamente ao tipo de psicoterapia descrita nos estudos, foi mais frequentemente utilizada a Terapia Cognitivo-Comportamental (16,18,20,22-24), Terapia baseada no Mindfulness (20), Entrevista Motivacional (17), Terapia Dialética-Comportamental (15,19), Terapia Familiar (15,16,21,23), um deles especificamente através de Grupos Multifamiliares (15).

No que diz respeito à modalidade da psicoterapia, as junções mais comuns foram os conjuntos “Individual + Familiar” (15,16,18,21), “Individual + Grupo” (19,23) e “Grupo” (20,24). Não foi encontrado nesta pesquisa nenhum estudo que avaliasse o efeito isolado da terapia em grupo, como variável independente.

Relativamente aos resultados com impacto direto nos comportamentos suicidários, foi encontrada uma redução da ideação suicida ativa (22), redução da frequência de comportamentos suicidários (15,21,23) e redução da gravidade dos atos auto-mutilatórios (21). Relativamente à psicopatologia associada a perturbação psiquiátrica, foi descrita uma redução dos sintomas de depressão (21-23) e redução do isolamento social e desesperança (23). Foi também descrito como resultado alterações na dinâmica familiar (21), no estudo que incluía Grupos Multifamiliares.

Alguns estudos não incluíram a apresentação dos resultados da intervenção (16,18,20,24). Os estudos incluídos nesta revisão sugerem que existe benefício em integrar um tipo de psicoterapia no tratamento e prevenção dos comportamentos suicidários no adolescente e adulto jovem, sem superioridade demonstrada por uma modalidade ou tipo de intervenção. Foram identificados *outcomes* positivos nos estudos que incluíram psicoterapias de grupo no tratamento, contudo fica por definir qual o efeito independente da psicoterapia de grupo. Pela heterogeneidade metodológica demonstrada nos estudos, mantêm-se também por definir quais as variáveis associadas a melhores resultados.

DISCUSSÃO

Relativamente a estratégias relacionadas com a Prevenção Primária e Secundária, nos estudos selecionados pelos autores a maioria das intervenções de grupo ocorria entre pares nas escolas (amostras comunitárias). (8,19,22)

Os programas de psicoeducação, idealmente ocorridos em contexto escolar, têm o intuito de reduzir o estigma associado aos comportamentos autolesivos, criar estratégias de *coping* adaptativas e capacitar os jovens de pedir ajuda para o próprio ou pares, incluindo a sensibilização para o uso de linhas telefónicas de ajuda. (13, 25-27) Outras estratégias úteis poderiam ser a formação de professores para identificação de indivíduos em risco e a criação de programas de modificação de fatores de risco, dirigidos à prevenção ou cessação de consumos tóxicos. (8,14,28,29)

A maioria dos estudos focados na Prevenção Terciária, apresentava resultados positivos, através da associação das terapias individual e familiar (15,16,18,21). Contudo, alguns dos estudos identificavam várias potenciais vantagens de complementar o tratamento usual com uma Psicoterapia de Grupo.

A adolescência é o período de desenvolvimento entre a infância e idade adulta, em que há uma progressiva conquista de identidade, autonomia e diferenciação da família. As relações com amigos

e colegas ganham importância, é procurada a aceitação dos pares e sensação de pertença a um “grupo de iguais”. (4) A psicoterapia de grupo propõe-se à redução de psicopatologia, mas também à melhoria da qualidade dos relacionamentos interpessoais. (9,11,30,31) Existem fatores terapêuticos específicos das psicoterapias de grupo que se adequam teoricamente à população adolescente (11) : a experiência partilhada, o apoio mútuo, a socialização e a aprendizagem interpessoal. A terapia de grupo, partindo do potencial do grupo humano, procura melhorar terapêuticamente a sintomatologia psicopatológica exibida pelos doentes e promover uma melhoria na qualidade dos seus relacionamentos interpessoais (9,30,31). Dada a simultaneidade de intervenção na modalidade grupal, as vantagens em termos de custo-benefício tornam-se óbvias. Estas psicoterapias partilham fatores terapêuticos comuns a todas as formas de tratamento psicológico, nomeadamente o restauro da confiança, a ventilação de emoções, o fornecimento de informação e de uma explicação racional. No entanto, existem fatores adicionais específicos das psicoterapias de grupo, como a experiência partilhada, o apoio mútuo, a socialização, a imitação e a aprendizagem interpessoal (31). Pode contribuir para melhorar (11): autorregulação dos afetos a tolerância à frustração a comunicação interpessoal capacidade de resolução de problemas competências de autoaceitação e de aceitação dos outros.

Os comportamentos autolesivos adequam-se teoricamente às psicoterapias de grupo são comportamentos, não um diagnóstico. Associam-se a uma desregulação afetiva, evitamento emocional e mas estratégias de coping, para as quais a terapia de grupo tem indicação. Partilham fatores terapêuticos comuns como: o restauro da confiança, a ventilação de emoções, o fornecimento de informação e de uma explicação racional.

O Programa da OMS para a prevenção do suicídio, foca estes três principais aspetos: a diminuição no acesso aos meios letais, a deteção precoce e tratamento das perturbações mentais (através da formação dos profissionais de saúde e de outros setores profissionais) e a sensibilização dos media para a prevenção, considerada fundamental na adolescência pelo efeito de contágio. (7)

Relativamente aos programas dirigidos ao grupo específico da adolescência, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio sintetiza as seguintes tarefas: “identificação precoce dos jovens com fatores de risco e sinais de alarme e intervenção efetiva, maior acessibilidade aos serviços de saúde, intervenção no espaço escolar, programas escolares de sensibilização do suicídio, redução do estigma associado às perturbações mentais e à procura de ajuda, utilização das novas tecnologias como fonte de ajuda, educação e sensibilização da população, políticas governamentais relativas ao

consumo de álcool e outras substâncias, proteção contra o efeito dos desafios globais, nomeadamente a recessão, na saúde mental dos adolescentes” (7).

Em linhas gerais, com a prevenção do suicídio, pretende-se prevenir mortes prematuras pelo suicídio, reduzir a recorrência de outros comportamentos autolesivos, reduzir as sequelas de tais comportamentos nos elementos mais próximos, promovendo oportunidades e contexto para fomentar a resiliência e os recursos para o indivíduo e a comunidade.

CONCLUSÃO

De acordo com Carlos Braz Saraiva (7), “*O suicídio é um comportamento. Não é uma doença. Não é um diagnóstico. Não é uma síndrome. Não é, sequer, um sintoma. É um comportamento.*” A complexidade de avaliar os fatores associados a estes comportamentos, associada à escassez de estudos adequados, pode explicar porque é que, apesar da elevada diversidade de estratégias em investigação e utilização, todas permanecem atualmente com baixos graus de evidência. A observação clínica, a colocação de hipóteses e a sua experimentação, que resultam numa nova reflexão e hipotetização, constituem o verdadeiro método clínico, que na sua continuidade será capaz de conduzir progressivamente a intervenções cada vez mais eficientes. Algumas das estratégias sugeridas mais frequentemente pela literatura focam-se principalmente nas intervenções a nível escolar, propondo a formação dos profissionais escolares acerca dos comportamentos autolesivos e a criação de um ambiente escolar menos estigmatizante da saúde mental.

Referências

- Slee, P. T. (2002). *Child, adolescent and family development* (Vol. 1). Cambridge University Press
- Kohen-Raz, (1988), *Basic Concepts and Issues in Investigations of Adolescent Problems*, Jerusalem
- Eisenstein, E. (2005), Adolescência: definições, conceitos e critérios, Vol. 2 nº 2 - Abr/Jun, *Adolescência & Saude*, Revista Oficial Do Núcleo De Estudos Da Saúde Do Adolescente 2
- Figueira, ML et al (2014), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lidel 1
- Diniz, M. H. (2003). *Código civil anotado* (p. 245). Saraiva
- Guerreiro, D. (2014), “*Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*”, Tese de Doutoramento em Psiquiatria, na Universidade de Medicina de Lisboa
- Saraiva, C. et al (2014), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*, Lidel
- Nock et al (2013), *Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCSA)*, USA

- Sampaio, D. (1985), *Tentativas de suicídio na adolescência: interpretação sistêmica e redefinição de estratégias terapêuticas*, Tese de Doutoramento em Psiquiatria, na Universidade de Medicina de Lisboa, 1985, Portugal
- Veríssimo, R. (2002) *Desenvolvimento psicossocial* (Erik Erikson), <http://hdl.handle.net/10216/9133>
- Saraiva, C. B. (Ed.). (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel-Edições Técnicas, Lda
- Guerreiro DF (2015), *Gestão Risco Suicídio*
- Augusto et al (2011), *Tentativa de suicídio na adolescência: a importância da prevenção*, Portugal
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004), *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists
- Fleischhaker et al (2011), *Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up*, Germany
- Keerfoot et al (1997), *Brief family intervention in adolescents who deliberately self-harm*, United Kingdom
- King et al, (2015), *Teen Options for Change (TOC): An Intervention for Adolescent Emergency Patients who Screen Positive for Suicide Risk*, USA
- Stanley et al (2009), *Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability*, USA
- Pistorello et al (2012), *Dialectical Behavior Therapy (DBT) Applied to College Students: A Randomized Clinical Trial*, Reno
- Rees et al (2015), *Group mindfulness based cognitive therapy*, Australia
- Marčinko et al (2010), *Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from Borderline Personality Disorder with comorbidity and positive suicidal history*, Croatia
- Silverstone et al (2015), *Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth*, 2015, Canada
- Asarnow et al (2015), *The SAFETY Program: A Treatment-Development Trial of a Cognitive-Behavioral Family Treatment for Adolescent Suicide Attempters*, Los Angeles
- Beekman et al (2009), *Future oriented group training for suicidal patients: a randomized clinical trial*, Netherlands
- Brown et al (2014), *Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention*, USA
- Burckhardt et al (2017), *Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: a feasibility study*, Australia
- Das et al (2016), *Suicidality will be monitored weekly throughout treatment (both conditions) using the 3-item Self-Monitoring Suicide Ideation Scale*, Paquistan
- Davanish et al (2017), *The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review*, Australia
- Glenn et al (2015), *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth*, USA
- Sampaio et al (1985), *O adolescente suicida e a família: abordagem terapêutica através de genograma*, Portugal
- Shumaker et al (2010), *How Do I Connect? Attachment Issues in Adolescence*, 2010, USA



Psicologia | Psychology

A dimensão social do suicídio e depressão em estudantes da Região Autónoma da Madeira, Portugal

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim (1), Geraldo Bezerra da Silva Junior (2), Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo (3), Márcia Lúcia Sousa Dias Alves (4), John Miguel Costa Varela (5), Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho (6), Emanuelle Aronoele de Castro Vasconcelos (7)

1. Pesquisadora visitante/Bolsista da FUNCAP, Universidade de Fortaleza, Prof.^a Coordenadora da Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira (UMa), Portugal

2. Professor das Pós-Graduações em Saúde Coletiva e em Ciências Médicas da UNIFOR

3. Pós doutoranda do PPGCM, Universidade de Fortaleza, Brasil, Investigadora do Centro de Literatura e Culturas Lusófonas e Europeias da Universidade de Lisboa (CLEPUL)

4. Enfermeira no Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, Madeira, Portugal

5. Investigador do Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa (CLEPUL)/polo da Universidade da Madeira

6. Fisioterapeuta

7. Odontóloga

Resumo

OBJETIVO: avaliar o nível de risco suicidário e de depressão dos estudantes de 12 a 18 anos, na Região autónoma da Madeira (RAM), Portugal.

MÉTODOS: A amostra foi composta por 1.557 adolescentes com idade média de 15,2. Os instrumentos de medida selecionados foram a Escala de Risco Suicidário de Stork e a Escala de Depressão de Zung.

RESULTADOS: A maioria dos adolescentes não apresenta risco suicidário (67,7), nem depressão (81,5%). No entanto, 16,8% dos jovens devem ser objeto de preocupação quanto ao suicídio, dado que 10,1% revelam risco fraco, 4,0% mostraram importante risco suicidário e 2,7% risco suicidário extremamente importante. Deve-se ter uma preocupação idêntica no que respeita à depressão pois 18,2% apresentam distímia e 0,3% depressão major. Variáveis estudadas como progenitores não casados, sofrer de alguma doença, ausência de convívio com os colegas e insucesso escolar influenciam significativamente quer no risco suicidário quer na depressão.

CONCLUSÃO: estudar o risco suicidário e a depressão é um desafio para pesquisas futuras visando o desenvolvimento de programas estratégicos de promoção da Saúde mental dos adolescentes e implementação de políticas sociais e educacionais que previnam estas perturbações mentais.

Palavras-chave: Suicídio. Depressão. Adolescente. Saúde Pública.

Abstract

OBJECTIVE: Was to evaluate the level of suicidal risk and depression among young students aged 12 to 18 years in the Autonomous Region of Madeira (RAM), Portugal.

METHODS: The sample consisted of 1557 adolescents with a mean age of 15,2. The instruments of measurement selected were the Stork Suicidal Risk Scale and the Zung Depression Scale.

RESULT: Most young people do not present suicidal risk (67,7) or depression (81,5%). However, 16,8% of young people should be concerned about suicide, since 10.1% show a low risk, 4,0% showed an important suicide risk and 2,7% a very important suicide risk. A similar concern should be considered in relation to depression, since 18,2% present dysthymia and 0,3% major depression. Variables studied such as school failure, unmarried parents, suffering from some illness and lack of socializing with colleagues, significantly influence both suicidal risk and depression.

CONCLUSION: Studying suicidal risk and depression is a challenge for future research the development of strategic programs to promote mental health of young people and implementation of social and educational policies to prevent these mental disorders.

Keywords: Suicide. Depression. Adolescent. Public Health.

INTRODUÇÃO

O suicídio entre jovens é um grave problema de saúde pública. Cerca de 800 000 mortes por suicídio ocorrem anualmente, sendo esta a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos¹. Além disso, o número de pessoas nesta faixa etária que vivem com depressão está em curva ascendente, aumentando em 18% entre 2005 e 2015². Diante de estudos que corroboram a associação entre depressão e risco suicidário³ emerge a necessidade de novos estudos que avaliem o risco suicidário e de depressão entre a população adolescente.

O tratamento do quadro depressivo adolescente tem sido alvo de múltiplos ensaios sobre a eficácia dos tratamentos existentes – sejam psicossociais, farmacológicos ou combinados - bem como sua efetividade na configuração do serviço de assistência^{4,5,6}. No tocante ao diagnóstico, contudo, há controversas importantes⁷. O DSM-V ainda segue a tendência de não considerar a depressão na adolescência uma categoria nosográfica específica diferente do quadro em adultos⁸.

Alguns estudos, contudo, ressaltam a relatividade sintomatológica relacionada à idade^{9,10} e à cultura⁶ o que pode comprometer a detecção do quadro depressivo em tempo em tempo hábil para

evitar um desfecho trágico. Estima-se que quase 80% dos 6%-9% dos jovens com necessidade de cuidados de saúde mental não recebem assistência⁷. Essa realidade coexiste com o aumento global das taxas de mortes por suicídio entre jovens⁶. Estima-se que o suicídio seja uma das principais causas de óbito entre adolescentes em todo o mundo, e que a prevalência dessa faixa etária tenha quadruplicado nas últimas décadas^{6, 11}.

Diante do exposto acima, torna-se urgente realizar estudos que permitam uma melhor compreensão sobre o panorama atual dos jovens no que tange à ocorrência de depressão e ao risco de suicídio. Deste modo, este estudo visa avaliar o nível de risco suicidário e de depressão dos estudantes de 12 a 18 anos, na Região Autónoma da Madeira (RAM), Portugal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e inferencial realizado com 1557 jovens estudantes da Região Autónoma Madeira, Portugal. A amostra foi estratificada dentro do Universo dos 22.795 jovens com idades entre 12 e 18 anos residentes na ilha segundo o último senso regional publicado em 2011. Com um erro padrão de 1,2% (inferior a 5%), infere-se a representatividade da amostra.

Foram incluídos estudantes com idades entre 12 e 18 anos, regularmente matriculados nas escolas básicas e secundárias da Região Autónoma Madeira no ano letivo 2014/2015. A estratificação ocorreu por distrito e por idade. Foram excluídos aqueles que estavam em tratamento psiquiátrico no momento da pesquisa e os que não preencheram adequadamente aos questionários.

Os instrumentos de colheita de dados compunham-se por três partes:

- Questionário sociodemográfico; Escala de Depressão de Zung, traduzida e validada por Jardim¹², composta por 20 itens cujos scores variam entre um mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos, distribuindo-se pelos seguintes intervalos: 20 - 49 depressão afetiva normal; 50 - 69 depressão leve/moderada ou distímia e ≥ 70 depressão major); e
- Escala de Risco Suicidário de STORK, adaptada à população portuguesa por Eufrásio e colaboradores¹³, composta por 76 itens, fornecendo cinco níveis de risco: (0 – 63) Estado Normal; (64 – 79) Estado Intermédio ou Duvidoso; (80 – 97) Fraco Risco; (98 – 107) Risco Suicidário Importante; acima de 107 Risco Suicidário Extremamente Importante.

A administração dos questionários decorreu em sala de aula, com duração média de preenchimento de 50 minutos, sendo a seleção das turmas efetuada por estratificação.

No tratamento estatístico utilizou-se estatística descritiva (frequências, médias, moda, desvio padrão e valores mínimos e máximos), correlacional (Coeficientes α de Cronbach e de correlação de Pearson) e estatística inferencial (o teste T de Student para comparação de médias do risco suicidário e depressão e a aplicação de testes multivariados - Análise de Variância com as Comparações Post hoc (Tukey) sempre que necessário).

Testou-se a normalidade da distribuição através do teste de Kolmogrov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias mediante o teste de Levene. Os cálculos estatísticos foram efetuados com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 22.

Os alunos foram informados da confidencialidade e anonimato dos resultados, com solicitação de consentimento prévio e oficial, à Secretaria Regional da Educação da RAM, aos Conselhos Diretivos das Escolas selecionadas, aos Encarregados de Educação, bem como a assinatura dos estudantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em Portugal, não há necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa para pesquisas desta natureza.

RESULTADOS

Os 1557 adolescentes, apresentam uma média de idades de 15,20, com um desvio padrão de 1.7, a sua maioria é do sexo feminino (55,2%), maioritariamente com idades de 14 e 15 anos (respetivamente 18,4% e 17,5%), 21% frequentam o 9º ano de escolaridade e 71,1% não referem insucesso escolar. No que respeita ao agregado familiar impera a família nuclear com 67,8%, sendo a distribuição média de idade dos pais e das mães dos adolescentes, respetivamente 46 e 43 anos, predominando os casados (respetivamente 77,6% e 75,5%). A maioria (76,1%) dos adolescentes não refere doença, nem ingere medicação (83,9%) e convive com os colegas (95,6%). Os instrumentos de medida selecionados evidenciaram elevada consistência interna e demonstram boa fiabilidade, na Escala de depressão de Zung $\alpha=0.80$ e na Escala de risco suicidário de Stork $\alpha=0.91$.

Na Tabela 1 verifica-se que a maioria não apresenta risco suicidário (67,7%), nem depressão (81,5%), porém não podemos negligenciar que 16,8% dos adolescentes são alvo de preocupação dado que 10,1% revelam fraco risco, 4,0% evidenciaram risco suicidário importante e 2,7% risco suicidário extremamente importante. O mesmo se verifica na depressão dado que 18,5% apresentam Distímia/Humor depressivo (18,2%) e depressão “major” (0,3%).

Tabela 1. Características da amostra em termos de risco suicidário e de depressão dos estudantes da Região Autónoma da Madeira, 2015.

Variáveis	n	%
Escalão de risco suicidário		
Estado “normal”	1054	67.7
Estado intermédio ou duvidoso	241	15.5
Fraco risco	158	10.1
Risco suicidário importante	62	4.0
Risco suicidário extremamente importante	42	2.7
M= 51.49; Md = 48.00; s = 27.29; x_{\min} = 2.00; x_{\max} = 146.00; p = 0.000		
Nível de depressão		
Estado “normal”	1270	81.5
Distímia	283	18.2
Depressão “ <i>major</i> ”	4	0.3
M= 41.68; Md = 41.00; s = 8.76; x_{\min} = 21.00; x_{\max} = 71.00; p = 0.000		

A correlação entre risco suicidário e depressão (Tabela 2), revela uma associação altamente significativa ($p=0.000$) entre estas duas perturbações mentais.

Tabela 2. Correlação entre o risco suicidário e a depressão, dos estudantes da Região Autónoma da Madeira, 2015.

Variável	N	Depressão	
		r	p
Risco suicidário	1557	+0.67	0.000

Relativamente à comparação do risco suicidário e da depressão em função do grupo etário (respetivamente $p=0.043$ e $p=0.000$) e do sexo (em ambas $p=0.000$) existe associação e os valores mais elevados são no grupo dos mais velhos (15-18 anos) e no sexo feminino, como se observa na figura que se segue.

Tabela 3. Comparação do risco suicidário e da depressão segundo grupo etário e sexo, dos estudantes da Região Autónoma da Madeira, 2015.

Variáveis	n	\bar{x}	s	t	p
Grupo etário					
Risco suicidário					
[12 – 15[710	47.56	26.97	-5.241	0.000
[15 – 18]	847	54.78	27.13		
Depressão					
[12 – 15[710	41.19	8.54	-2.026	0.043
[15 – 18]	847	42.09	8.93		
Sexo					
Risco suicidário					
Masculino	698	47.95	27.24	-4.638	0.000
Feminino	859	54.36	27.01		
Depressão					
Masculino	698	39.93	8.17	-7.288	0.000
Feminino	859	43.10	8.98		

Constata-se uma diferença altamente significativa em função do número de reprovações, sendo mais evidente a depressão e o risco suicidário nos que reprovaram uma vez (em ambas $p=0.000$). Constata-se também que o facto de os pais serem não casados influencia na manifestação da depressão e do risco suicidário ($p=0,001$; $p=0,003$). De modo semelhante, a situação de saúde ($p=0,000$; $p=0,038$) e a ausência de convívio com os colegas (em ambas ($p=0,000$)) são fatores preditores de risco de ideação suicida e de depressão (Tabela 4)

Tabela 4. Comparação do risco suicidário e da depressão pelo insucesso, estado civil dos pais, convívio com os colegas e situação de saúde dos estudantes da Região Autónoma da Madeira, 2015.

Variáveis	n	\bar{x}	DP	t	p
Reprovações					
Risco suicidário					
Nenhuma	1107	49.17	26.79	14.122	0.000
Uma ou mais	450	57.10	27.78		
Depressão					
Nenhuma	1107	41.20	8.74	8.336	0.000
Uma ou mais	450	42.72	8.73		
Estado civil dos pais					
Risco suicidário					
Casados	1215	50.41	27.01	-2.963	0.003
Não casados	340	55.36	28.03		
Depressão					
Casados	1215	41.29	8.73	-3.245	0.001
Não casados	340	43.04	8.80		
Sofre de alguma doença					
Risco suicidário					
Sim	372	56.86	29.61	4.380	0.000
Não	1185	49.80	26.31		
Depressão					
Sim	372	42.50	9.59	2.072	0.038
Não	1185	41.04	8.48		
Convívio com colegas					
Risco suicidário					
Sim	1489	50.95	27.02	-3.668	0.000
Não	68	63.31	30.57		
Depressão					
Sim	1489	41.50	8.73	-3.736	0.000
Não	68	45.54	8.74		

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram um quadro preocupante. Ressalte-se que os 16,8% que merecem atenção devido o risco e depressão estão contidos em um Universo de jovens sem qualquer diagnóstico de transtornos mentais. Some-se a isso a associação altamente significativa entre depressão e risco suicidário – corroborando a literatura existente^{14, 15} – e temos um quadro que merece atenção especial das políticas públicas.

Quanto a predominância de transtorno depressivos entre as mulheres, é preciso ressaltar alguns paradoxos que podem comprometer a análise. Ainda ser hegemônico o discurso que associa violência a traços de personalidade masculinos e descreve mulheres como suscetíveis a transtornos depressivos e de estresse agudo¹⁶. Tem crescido na literatura, contudo, os estudos que contextualizam esses dados dentro da naturalização de práticas sociais segregadoras legitimadas¹⁷. Deste modo, na análise dos dados aqui obtidos não se pode ignorar que as injúrias de gênero são produzidos como parte de uma tendência de oposição binária culturalmente sustentada^{17, 18}.

As associações encontradas nesta pesquisa estão de acordo com o achado de outras pesquisas. A maior parte das pesquisas concorda que a depressão é o fator de risco mais comumente envolvido no comportamento suicida entre os jovens^{11, 19}. Outros fatores são os problemas familiares^{9,11}, o fenômeno conhecido como bullying¹¹, que acarreta o isolamento e a ausência de convívio com os colegas²⁰.

Ressalte-se a relevância de uma compreensão global de uma adolescência que considere o caráter interdisciplinar e intersectorial assistencial, quer no que respeita ao estudo dos contextos em que os jovens se inserem (como a família, pares sociais, a escola, a cultura, entre outros), quer em relação à indagação de determinados fatores individuais (como o gênero, a orientação sexual, as crenças religiosas, as doenças crônicas, entre outros)²¹. Em conformidade, Ranøyen e colaboradores²² e Reeb e colaboradores²³, inferiram que a maioria das causas de transtornos psiquiátricos na adolescência se relacionam com problemas com a fratria, discussões violentas com os pais, problemas com colegas de escola, baixo rendimento escolar, perda de um amigo e conflitos entre os progenitores. Os sentimentos de perda, como o desemprego, separação dos pais, morte de uma pessoa significativa, perda de relações amorosas, suicídio de familiares, insucesso escolar e emigração juvenil, podem desencadear, de igual forma, a ideação suicida, como uma resposta às perdas e às transformações impossíveis de suportar²⁴. O fracasso acadêmico em si não aparece nas pesquisas como um gatilho. Contudo, quando sua associação com uma intensa pressão acadêmica,

insatisfação pessoal com os resultados na escola e uma rede de apoio social insuficiente, amplia o risco suicidário^{11,19}.

Nesse contexto, alguns estudos sugerem que a desesperança é um importante fator associado ao risco de suicídio⁹⁻¹⁰. O estado de desesperança pode ser definido como um sistema de padrões cognitivos que tem em comum a vivência de perspectivas futuras negativas, muitas vezes atreladas a problemas de auto-imagem e baixa auto-estima³⁴. Deste modo, os pensamentos suicidas seriam uma expressão extrema do desejo de escapar do que parece ser insolúvel e intolerável¹⁰.

O fato de os adolescentes referirem alguma doença também influencia o risco suicidário e de depressão¹⁰. Segundo Guerreiro²⁴, fatores biológicos como a existência de doenças físicas (exemplo de doença crônica) e mentais (exemplo de esquizofrenia), onde o adolescente pode encarar a situação em que se encontra com sentimentos de revolta e angústia, sentindo que a vida já não tem o mesmo significado, levando à ideação suicida e muitas vezes ao ato de suicídio. Segundo Marcelli, Gicquel e Braconnier²⁵ todas as doenças infantojuvenis podem ser abordadas no contexto psicossomático, o que pode corroborar para o adoecimento psíquico.

Pesquisas afirmam que problemas de autoestima entre adolescentes contribuem com a vulnerabilidade à depressão²². Analogamente, investigadores^{22, 23, 26, 27} inferiram que a maioria dos distúrbios na adolescência se relacionam com problemas com a fratria, discussões violentas com os pais, separação dos pais, problemas com colegas de escola, baixo rendimento escolar, perda de um amigo, experiências de vida negativas e conflitos entre os progenitores.

A maioria destas evidências dialogam com os achados desta pesquisa.

CONCLUSÃO

Este estudo forneceu informações importantes sobre o risco suicidário entre jovens da Região Autónoma da Madeira. Esses dados são cruciais para o desenvolvimento de políticas locais, mas transcendem essa meta. Ao corroborar dados de pesquisa de outras regiões sobre os fatores associados à depressão e ao risco suicidário, essa pesquisa reforça a importância que deve ser atribuída a esses aspetos a nível global.

A complexidade do mecanismo destas condutas do foro mental determina a necessidade imperiosa de estratégias de intervenção abrangentes e integradas, abarcando vários domínios, como sejam o indivíduo em si, a sua família, a sua escola, a sua comunidade e o sistema de cuidados de saúde.

O rastreio de adolescentes com quadros depressivos e risco suicidário tem sido falho, pelo que se deve estender esta pesquisa aos universitários. Para além de aprimorar essas estratégias, atenção especial deve ser dada a medidas que trabalhem a auto-estima desses jovens, além das questões de gênero e da violência intrafamiliar e entre os pares.

Referências

1. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. WHO: Geneva; 2014.
2. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2017.
3. Wyatt LC, Ung T, Park R, Kwon SC, Shevrin CT. Risk factors of suicide and depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander youth: a systematic literature review. *J Health Care Poor Underserved*. 2015; 26(20):191-237. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0059.5>
4. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53:337-50. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x>
5. Tompson MC, Boger KD, Asarnow JR. Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012; 21:345-84. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.003>
6. Joan Rosenbaum Asarnow and Jeanne Miranda. Improving Care for Depression & Suicide Risk in Adolescents: Innovative Strategies for Bringing Treatments to Community Settings. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014; 10: 275-303. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153742>.
7. Melo AK, Siebra AJ, Moreira V. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e a Pesquisa Fenomenológica. *Psicol Cienc Prof*. 2017; 37(1):18-34. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030001712014>.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual mental disorders: DSM-5*. 5th. Arlington, VA: APA; 2013.
9. Jaiswal S, Faye A, Gore S, Shah H, Kamath R. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. *J Postgrad Med*. 2016; 62(2):102-4. <http://doi.org/10.4103/0022-3859.180556>
10. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1):73-85. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
11. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014 [citado 19 out 2017]; 42(3):125-32. Disponível em: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/16/89/ENG/16-89-ENG-125-132-712041.pdf>
12. Jardim MHG. *Juventude! Que futuro neste mundo imprevisível e de incertezas? Ansiosa? Depressiva? Como prevenir* [tese]. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2002.
13. Eufrásio M, Fernandes OM, Lopes IC, Reis AR, Dias C. *A Adaptação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork para a população portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 1987.
14. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. *Cad OE*. 2012 [citado 19 out 2017]; 4(1). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/2603>

15. Nabais L. *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa* [tese]. Lisboa: Universidade Aberta; 2014.
16. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2014
17. Zanello V, Costa e Silva RM. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Rev Bioét.* 2012 [citado 19 out 2017]; 20(2):267-79. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776
18. Brilhante AVM, Nations MK, Catrib AMF. “Taca cachaça que ela libera”: violência de gênero nas letras e festas de forró no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(3):e00009317. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00009317>.
19. Buendía J, Riquelme A, Ruiz JA. *El suicidio en adolescentes*. Factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones; 2004.
20. Halligan & Phillips. Are you thinking what I’m thinking? Peer group similarities in adolescent hostile attribution tendencies. *Developmental Psychology.* 2010; 46(5), 1385-1388. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020383>
21. Cheng, Yan et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health.* 2014; 5: S31-S38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.020>
22. Ranøyen I, Stenseng F, Klöckner CA, Wallander J, Jozefiak T. Familial aggregation of anxiety and depression in the community: the role of adolescents? Self-esteem and physical activity level (the HUNT Study). *BMC Public Health.* 2015; 4(1):78. <https://doi.org/doi:10.1186/s12889-015-1431-0>.
23. Reeb BT, Wu EY, Martin MJ, Gelardi KL, Shirley Chan SY, Conger KJ. Long-term Effects of Fathers' Depressed Mood on Youth Internalizing Symptoms in Early Adulthood. *J Res Adolesc.* 2015; 25(1):151-62. <https://doi.org/10.1111/jora.12112>.
24. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res.* 2017; 21(1):83-99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>
25. Marcelli D, Gicquel L, Braconnier A. *Adolescence et Psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2013.
26. Stadelmann, S., Perren, S., Groeben, M. & Klitzing, K. (2010). Parental Separation and Children’s Behavioral/Emotional Problems: The Impact of Parental Representations and Family Conflict. *Family Process*, 49(1), 92 - 108.
27. Zolog, T. C., Jané-Ballabriga, M. C., Bonillo-Martin, A., Canals-Sans, J., Hernandez-Martinez, C., Romero-Acosta, K., & Domenech-Llaberia, E. (2011). Age, gender and negative life events in anxiety and depression self-reports at preadolescence and early adolescence. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 113-124.

As Pesquisas sobre Infância(s) no Brasil - um estudo descritivo-interpretativo

Adélia Augusta Souto de Oliveira (1), Maria Laura Barros da Rocha (1)

1. Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo-interpretativo com o objetivo de investigar o conceito de infância(s) em artigos produzidos por pesquisadores/as vinculados/as ao Diretório de Grupos de Pesquisa (DGP). Define-se o corpus através da consulta de grupos de pesquisa da Área da Psicologia com os descritores (infância, infâncias, infantil, infantis, criança, crianças) no título. Armazenamento das páginas dos grupos indicados, seguido da exclusão de repetições na amostra. Os resultados indicam 36 grupos, cujas informações foram sistematizadas em planilha do Excel. Em seguida, buscaram-se artigos dos/as líderes dos grupos de pesquisa, indicados através da Plataforma Lattes. O critério de permanência dos artigos na amostra foi presença do descritor “infância” no título e o recorte temporal do período de 2014-2018, resultando em 16 artigos submetidos à análise dos aspectos teórico-metodológicos que subsidiam a produção brasileira sobre infância. O panorama institucional-geográfico apresenta concentração de grupos no Sudeste (47,2%) e vinculados às instituições públicas (86,1%). O ano de formação do primeiro grupo é 1988, enquanto o ano de maior formação é 2013 (5 grupos). Categorizou-se 80 linhas de pesquisa com interesse explícito na temática da infância, com predomínio de pesquisas relacionadas à garantia de direitos de crianças em situações de vulnerabilidade. Nas produções, o conceito de infância aparece como categoria construída socialmente e culturalmente; e vinculado ao desenvolvimento da subjetividade a partir da interação da criança com o ambiente e outros indivíduos. Destaca-se a ênfase em estudos em contextos educacionais e no ambiente familiar, além de pesquisas relacionadas à gênero e à sexualidade.

Palavras chave: Infância; Grupos de Pesquisa; Método; Psicologia.

Introdução

No âmbito do grupo de pesquisa “*Epistemologia e Ciência Psicológica*”, do qual as autoras fazem parte, a metassíntese vem sendo desenvolvida como percurso investigativo em estudos anteriores, que buscam o avanço do conhecimento a partir da compreensão crítica dos pressupostos teóricos e

metodológicos da pesquisa científica (Oliveira, Trancoso, Bastos & Canuto, 2015; Oliveira, Bastos, Santos Júnior, Bueno & Rocha, 2017; Oliveira & Rocha, 2018)

O grupo *Epistemologia e Ciência Psicológica*, criado em 2005, está vinculado à Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com liderança da Profa. Dra. Adélia Augusta Souto de Oliveira e Profa. Paula Orchiucci Miura, e conta com integrantes do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia da mesma universidade. Possui duas linhas de pesquisa: “*Sofrimento psíquico em grupos vulneráveis*” e “*Sujeito e Realidade nas Teorias Psicológicas*”.

Os pressupostos da Psicologia Sócio-histórica contribuem para essa pesquisa¹, em especial na compreensão do processo dinâmico envolvido na construção de conceitos, mais especificamente dos conceitos científicos. Segundo Vigotski (2008) ainda que um conceito expresso por uma palavra represente uma forma de generalização, os significados desses vocábulos são passíveis de transformação. Dessa forma, considera-se que o conhecimento científico reflete as condições de cada contexto histórico, geográfico e cultural no qual está inserido, respondendo às demandas específicas da época (Oliveira, Bastos et al, 2017).

O conceito de infância é tema privilegiado de pesquisadores/as de diversas áreas de conhecimento, que refletem e indagam sobre o que é ser criança e como significamos a infância nos diferentes contextos históricos e sociais. Essas concepções direcionam as relações familiares e sociais, as proposições de políticas sociais, bem como os modos de ser e experienciar a infância.

Dentro do percurso do grupo, no interior de ambas as linhas de pesquisa, a infância configurou-se como uma das temáticas de interesse, através de pesquisas que investigam o conceito de infância em periódicos científicos (Canuto, 2017), a infância experienciada em comunidades litorâneas (Bueno, Santos Júnior, Canuto & Oliveira, 2017) e a iconografia na pesquisa com crianças (Oliveira, Miura, Canuto, Santos Júnior, Bueno & Rocha, 2017; Oliveira & Rocha, 2018).

O presente estudo continua contribuindo para a revisão crítica do conhecimento científico e na investigação da produção de conceitos em Psicologia, entretanto, toma como bases de dados outras plataformas: o Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil (DGP)² e a Plataforma Lattes³. Ambas as plataformas são vinculadas ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

1 A pesquisa integra um projeto do Programa de Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) que contou com uma bolsa disponibilizada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) para a co-autora do artigo Maria Laura Barros da Rocha e com financiamento do EDITAL - Apoio a Pesquisas PPGs/HUMANIDADES/FAPEAL N° 13/2016 .

2 Um inventário online pesquisa científica e tecnológica brasileira criado em 1993 para sistematizar as informações sobre os grupos de pesquisa brasileiros. <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>

3 Integra as bases de dados de currículos de pesquisadores/as brasileiros/as em um único sistema de informações. <http://lattes.cnpq.br/>

(CNPq), agência do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) criado em 1951 e que tem como atribuições o incentivo à formação de pesquisadores brasileiros.

Essas ferramentas foram escolhidas como banco de dados pelo seu constante uso por pesquisadores/as brasileiros/as, uma vez que é a principal ferramenta de cadastro de Grupos de Pesquisa do país, além de ser de uso obrigatório para a realização de projetos pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e para a vinculação em Programas de Pós-graduação, tanto na categoria estudante quanto professora/a orientador/a. Desse modo, compreende-se que essas plataformas apresentam informações importantes quanto à configuração histórico-geográfica da pesquisa no Brasil.

A realização de metassíntese utilizando como banco de dados o Diretório de Grupos de Pesquisa teve suas potencialidades verificadas em pesquisas qualitativas anteriores realizadas por integrantes do grupo de pesquisa Epistemologia e Ciência Psicológica, a partir de estudos sobre diferentes temáticas, como Violência de Gênero (Falcão & Menezes, 2018), Adolescência (Menezes, Oliveira, Moraes, Bueno & Rocha, 2017) e Infância (Moraes, Bueno, Rocha, Menezes & Oliveira, 2017; Rocha, Oliveira & Menezes, 2018); ou estudos de mapeamento de áreas de conhecimento específicas, como a Psicologia do Desenvolvimento (Barboza, Silva, Branco, Cavalcante & Oliveira, 2017).

No presente estudo descritivo-interpretativo, objetiva-se investigar o conceito de infância(s) em artigos produzidos por pesquisadores vinculados ao Diretório de Grupos de Pesquisa (DGP). A partir das informações indicadas nas páginas dos grupos descrevem-se as relações institucionais e históricas da formação de grupos de pesquisa que pesquisam infância e interpretam-se qualitativamente os aspectos teórico-metodológicos dos artigos produzidos pelos/as líderes destes, buscando alcançar uma síntese qualitativa acerca do lugar ocupado pela infância, as temáticas referentes a ela e seu conceito em produções brasileiras da área de Psicologia.

Método

Baseia-se em coordenadas metodológicas desenvolvidas e aperfeiçoadas em estudos anteriores de metassíntese (Oliveira & Bastos, 2014; Oliveira, Bastos et al, 2017): consulta, refinamento, cruzamento, armazenamento e tratamento de dados, descrição e interpretação.

Inicia-se pela identificação e exploração de bancos de dados que permitem acesso à informações sobre grupos de pesquisa e informações sobre os recursos humanos dos grupos cadastrados, bem

como o acesso ao currículo de pesquisadores brasileiros. Dessa forma, como instrumentos de coleta foram utilizados o Diretório de Grupos de Pesquisa e a Plataforma Lattes, assim como ferramentas de busca disponibilizadas nos sites de periódicos brasileiros.

Definição do corpus inicial da pesquisa a partir da consulta individual dos descritores (*infância, infâncias, infantil, infantis, criança e crianças*), no espaço para colocação do “termo de busca” (Figura 1).

Figura 1 - Consulta parametrizada no Diretório de Grupos com o descritor “infância”

✱ Consultas ▶ Consulta parametrizada ▶ Consulta parametrizada

Consulta parametrizada

Consultar - Base corrente

Termo de Busca

* Consultar por

Aplicar a busca nos campos

Nome do grupo
 Nome da linha de pesquisa

Legenda: Exemplo de consulta parametrizada com o descritor Infância.

Buscando uma amostra mais condizente com o objetivo proposto, foram utilizados um conjunto de filtros para refinamento disponibilizados pelo próprio DGP para delimitar a busca para grupos de pesquisa de Psicologia (Figura 2) e delimitar a captura daqueles com a presença do descritor título. O delineamento da presença de descritores no título do grupo como critério dá-se pela compreensão de que estes teriam como foco a pesquisa sobre a temática.

Figura 2 - Sistema de filtragem para área de conhecimento no DGP

Filtro para área do conhecimento e setor de aplicação

Área do Conhecimento

Grande área: Ciências Humanas

Predominante do grupo
 Relacionada à linha de pesquisa do grupo

Área: Psicologia

Predominante do grupo
 Relacionada à linha de pesquisa do grupo

Legenda: Exemplo dos filtros utilizados na consulta ao DGP

Realizou-se o armazenamento em *drive virtual* das páginas dos grupos através do *download* em formato de PDF, estratégia que vem sendo utilizada no grupo de pesquisa por permitir que a equipe envolvida trabalhe de forma simultânea. Além de não restringir as informações a um computador fixo, de modo que os dados podem ser acessados de qualquer lugar, o armazenamento ainda protege os dados de possíveis flutuações de informações com a atualização na plataforma, garantindo a homogeneidade dos dados que serão analisados a partir de sua configuração em um mesmo recorte temporal: o momento da consulta ao banco.

Cruzamento dos dados a partir da leitura comparativa dos nomes dos grupos de pesquisa, com o intuito de eliminar as repetições dentro do *corpus*. Posteriormente, as informações dos grupos resultantes dessa etapa foram inseridas em planilha *online* no *Excel* para a sistematização e tratamento dos dados.

Na primeira página da planilha os dados foram tabulados quanto ao nome do grupo de pesquisa, descritor da busca, nome do/a líder, nome do/a vice-líder, ano de formação, instituição vinculada, tipo de instituição (privada ou pública) e situação dos grupos (certificado, não-atualizados, excluído ou em preenchimento). Na segunda, foram sistematizados os dados referentes às linhas de pesquisa: nome da linha, grupo de origem, objetivo da linha, palavras-chaves da linha, área de conhecimento e setor de aplicação.

Através dos dados sistematizados, foi feita a construção de tabelas e gráficos para a descrição do panorama histórico, institucional e geográfico dos grupos de pesquisa, além da descrição das temáticas das linhas de pesquisa.

Em seguida, foi realizada a identificação dos artigos listados nos currículos *lattes* dos/as líderes dos grupos, e a busca das publicações no site das respectivas revistas. O processo de tratamento desses dados seguiu etapas semelhantes às listadas anteriormente: consulta à plataforma *lattes* e download dos currículos, busca e download das publicações e cruzamento dos artigos. Durante o refinamento, o critério de permanência dos artigos na amostra foi presença do descritor “infância” nos títulos e o recorte temporal do período de 2014-2018.

Por fim, a partir da análise dos artigos, realizou-se uma síntese interpretativa dos aspectos teóricos que subsidiam a produção dos pesquisadores brasileiros de infância. Foi realizada a leitura dos artigos, construindo categorias, analisando a concepção de infância e estabelecimento de relação entre as temáticas identificadas nas produções.

Resultados e discussão

Na etapa de consulta, o diretório indicou 43 grupos de pesquisa. O descritor com maior captura foi “*infância*” (17 grupos), seguido de “*criança*” (11), “*infantil*” (8), “*crianças*” (7). Os descritores “*infâncias*” e “*infantis*” capturaram nenhum grupo. Além disso, por meio da eliminação de duplicações foram excluídos 7 grupos, de modo que o quantitativo final de grupos passou a ser 36 grupos, descritos na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Grupos de Pesquisa que estudam Infância

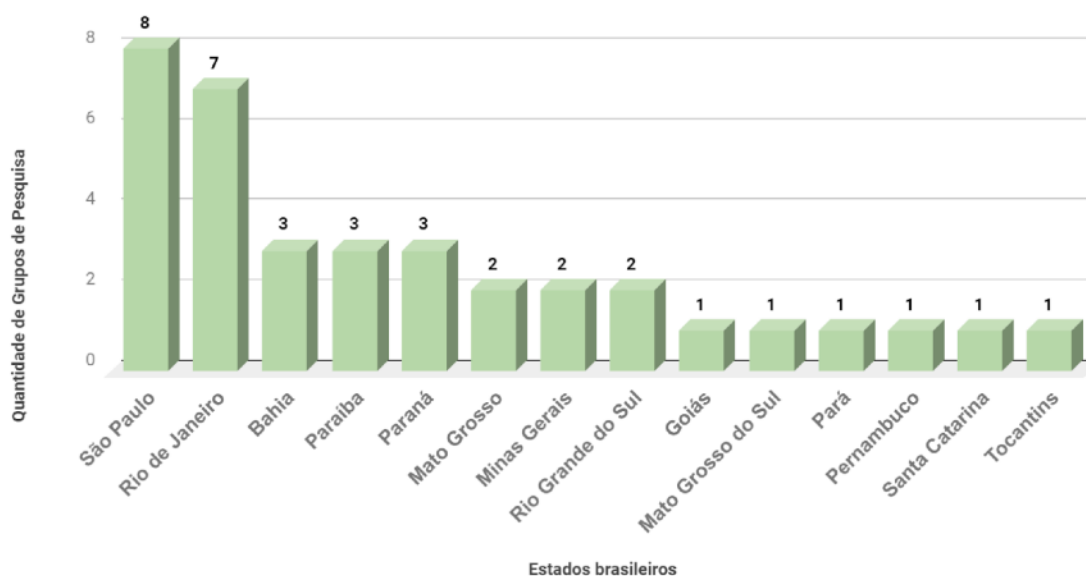
NOME DO GRUPO DE PESQUISA*	ANO	LÍDER	IES
Estudos sobre Infância e Adolescência	2013	Ana Priscila Batista	UNICENTRO
Estudos sobre o significado de infância	1998	Antonio Marcos Chaves	UFBA
Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a Infância e Adolescência	2011	Ana Cristina Serafim da Silva	UFT
Grupo de Pesquisa em Psicologia da Infância	2010	Daniela B. da S. F. Andrade	UFMT
Infância, Adolescência, Família e Sociedade	1992	Lidia Natalia Dobrianskyj Weber	UFPR
Infância, família e sociedade	1999	Maria Ignez Costa Moreira	PUC - Goiás
Infância, Juventude e Cultura Contemporânea - GEIJC	2006	Raquel Gonçalves Salgado	UFMT
Laboratório de Estudos do Desenvolvimento na Cultura: Comunicação e Práticas Sociais	2008	Izabel Augusta Hazin Pires	UFPE
Laboratório De Estudos e Pesquisas Sobre Infância e Adolescência (LEPIA)	2013	Antonio Augusto Pinto Junior	UFF
NEPEIA - Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Infância e Adolescência	2011	Andrea Gabriela Ferrari	UFRS
Núcleo de Estudos e Pesquisas do Brincar, Infância e Diferentes Contextos	2005	Cleide Vitor Mussini Batista	UEL
Núcleo de Investigações Neuropsicológicas da Infância e Adolescência (NEURÔNIA)	2012	Patrícia Martins de Freitas	UFBA
Núcleo de Investigações Neuropsicológicas da Infância e Adolescência (NEURÔNIA)	2006	Maria de Fatima Pereira Alberto	UFPB
Núcleo de Pesquisa e Intervenção Família e Infância	2009	Soraia Dojas Melo Silva Carellos	PUC - Minas
Núcleo de Pesquisa para a Infância e Adolescência Contemporâneas - NIPIAC	1998	Cristiana Carneiro	UFRJ
Pesquisa em Psicanálise e Interdisciplinaridade para a Infância e Juventude	2016	Patrícia Junqueira Grandino	USP
Psicologia Educacional, Formação e Infância - estudos sobre classes populares e educação	2006	Angela Maria Dias Fernandes	UFPB
Abuso sexual infantil: reflexões contemporâneas	2016	Andrea Soutto Mayor	UFF
Ações preventivas e processos de intervenção em desenvolvimento infantil	2013	Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues	UNESP
Centro de Investigação Sobre Desenvolvimento Humano e Educação Infantil	1988	Maria Clotilde Rossetti Ferreira	USP
Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Infantil e Fundamental 1 - GEPEIF	2010	Jorgete Pereira Oliveira	UNEB
Interação Social e Desenvolvimento Infantil	2002	Nadia Maria Ribeiro Salomao	UFPB
Nucleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil	2004	Mauro Luis Vieira	UFSC
O teste de apercepção infantil com figuras humanas	2013	Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	USP
Psicanálise e Saúde Mental Infantil	2007	João Luiz Leitão Paravidini	UFU
A clínica contemporânea com crianças e adolescentes	2007	Diana Dadoorian	UFRJ
Desenvolvimento sociomoral de crianças e adolescentes	2002	Raul Aragão Martins	UNESP
LEVICA - Laboratório de estudos sobre violência contra crianças e adolescentes	2013	Ana Cláudia de Azevedo Peixoto	UFRRJ
O teste do desenho da pessoa na chuva: estudos de validação em crianças vítimas de violência	2011	Antonio Augusto Pinto Junior	USP
Políticas públicas e direitos humanos de crianças e adolescentes no Brasil	2009	Esther Maria de Magalhães Arantes	UERJ
Questões empíricas e conceituais na aquisição de repertórios simbólicos em crianças	2010	Carlos Barbosa Alves de Souza	UFPA
Sistema de proteção a crianças e adolescentes: Pesquisas e aplicações	2004	Débora Dalbosco Dell'Aglio	UFRS
Família, casal e criança: teoria e clínica	1994	Andrea Seixas Magalhães	PUC - Rio
Grupos de Criança: Identidade, Avaliação e Psicoterapias	2002	Sonia Grubits	UCDB
Interação Social, Aprendizagem e Desenvolvimento da Criança Pequena	1995	Maria Stella Coutinho de Alcantara Gil	UFSCar
Psicologia da Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente	2014	Sônia Regina Fiorim Enumo	PUC - Campinas

***Os grupos estão organizados por ordem de aparição no DGP durante a etapa de busca.**

Panorama geográfico, institucional e histórico dos grupos de pesquisa

É possível identificar uma maior frequência de grupos de pesquisa na Região Sudeste (47,2%) do país, que, por si só, representam quase a metade dos grupos da amostra. A concentração se dá principalmente São Paulo (8) e Rio de Janeiro (7). Em contraponto, a Região Norte do país apresenta a menor quantidade, com 2 (dois) grupos de pesquisa.

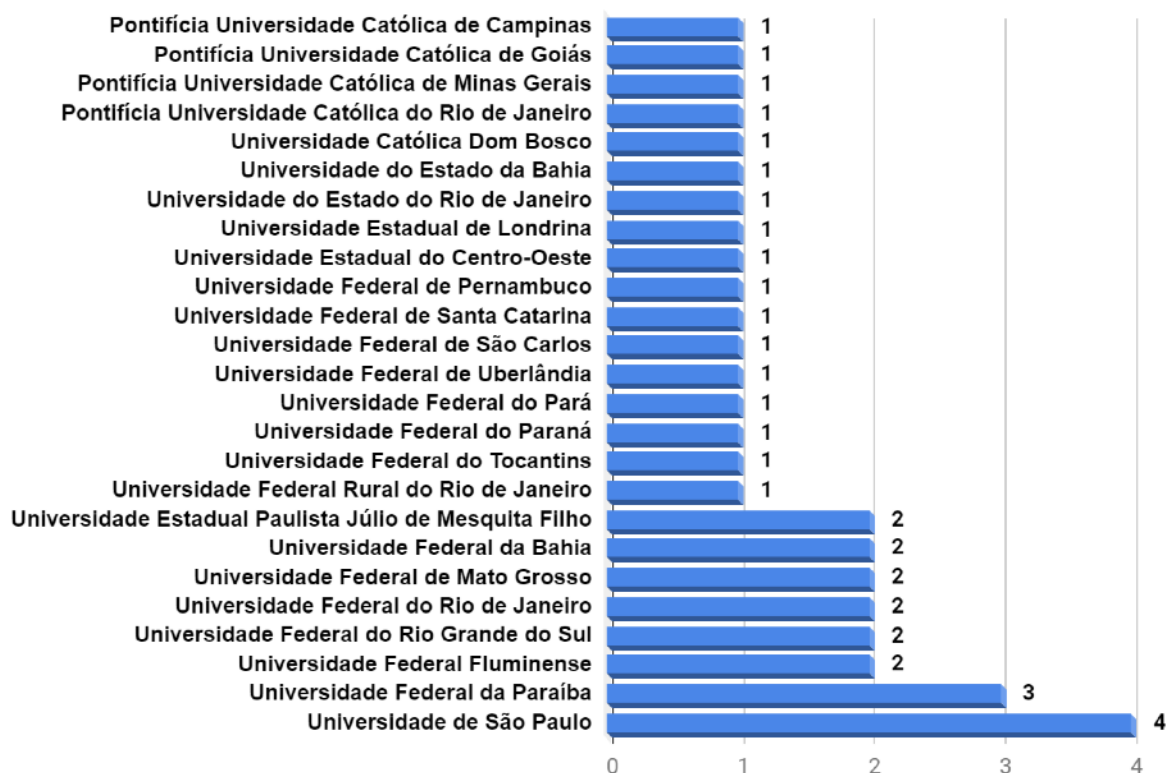
Gráfico 1 - Panorama geográfico dos Grupos de Pesquisa



Entretanto, é necessário considerar esses dados como resultado de configurações históricas, geográficas e econômicas, de modo que estes são influenciados, entre outros fatores, pela quantidade de programas de graduação e pós-graduação estabelecidos nessas regiões, bem como a quantidade de investimento econômico que recebem para a Educação.

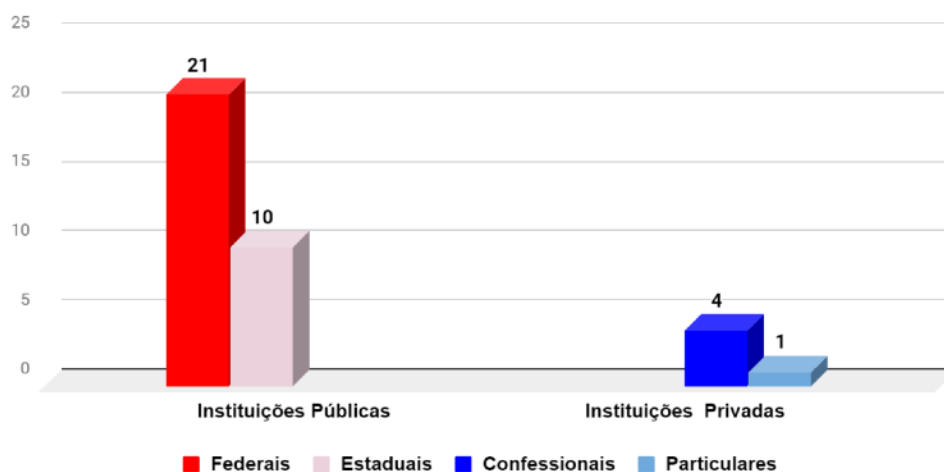
Em 2017, na avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foram classificados 79 Programas de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), compreendendo Mestrados e Doutorados acadêmicos (CAPES, 2017). O estado de São Paulo possui 18 PPGPs em Psicologia e Rio de Janeiro possui 10. O próximo da lista é o Rio Grande do Sul, que com 7 PPGPs tem menos da metade do estado de São Paulo. Essa informação quando colocada em contraste com o Gráfico 1, ajuda a explicar a liderança do Sudeste no panorama geográfico, ainda que não seja a única explicação possível para essa configuração.

Gráfico 2 - Panorama institucional dos Grupos de Pesquisa



A Universidade de São Paulo (USP) aparece com a maior frequência no corpus, com 4 grupos, seguida da Universidade Federal da Paraíba (UFPA) com 3 grupos. Seis instituições (UNESP, UFBA, UFMT, UFRJ, UFRS, UFF,) possuem dois grupos cada uma. Nesse sentido, apesar de haver grandes disparidades de quantitativo entre as regiões, a distribuição por instituição apresenta uma disposição mais equitativa.

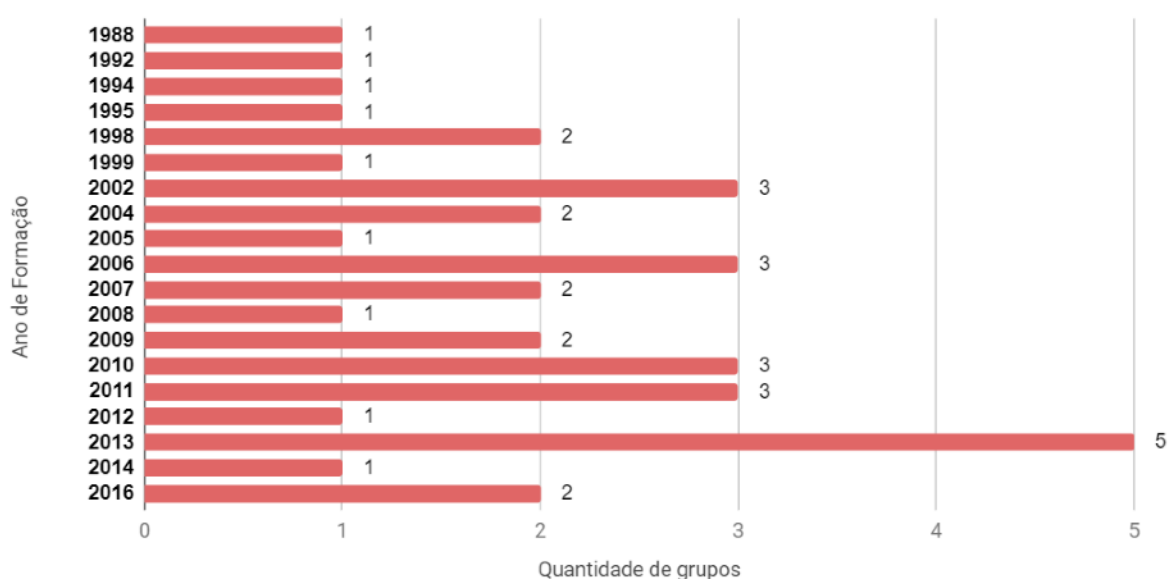
Gráfico 3 - Distribuição de Grupos de Pesquisa por tipo de Instituição



As Instituições de Ensino Superior (IES) são subdivididas em instituições públicas ou privadas, de acordo com a Divisão de Temas Educacionais do Ministério⁴ de Relações Exteriores do governo brasileiro. As IES públicas são financiadas pelo Estado e não cobram matrícula ou mensalidade. Elas podem ser financiadas pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal. Na amostra, a pesquisa acerca da infância aparece com maior expressividade em instituições deste tipo, com 31 grupos de pesquisa (86,1%), dividindo-se em instituições Estaduais (27,7%) e Federais (58,3%).

Enquanto isso, as IES privadas são administradas por pessoas físicas ou jurídicas, podendo ter finalidade lucrativa ou não. As instituições privadas podem ser Comunitárias quando mantidas por representantes de uma comunidade; Filantrópicas, aquelas que prestam serviços à população em complemento à atividades do Poder Público; ou Confessionais que atendem à uma determinada orientação confessional e ideológica, como instituições Católicas, por exemplo. As instituições privadas representam 13,8% do quantitativo de grupos, dos quais quatro são Pontifícias Universidades Católicas (PUCs), portanto, fazem parte da subdivisão Confessional.

Gráfico 4 - Série histórica dos Grupos de Pesquisa



O grupo mais antigo do corpus é “Centro de Investigação Sobre Desenvolvimento Humano e Educação Infantil” de 1988, sob a liderança atual das pesquisadoras Maria Clotilde Therezinha Rossetti Ferreira e Katia de Souza Amorim, da Universidade de São Paulo (USP). Apesar de ter como data de início no DPG como 1988, as informações apresentadas na sua página indicam o início de seu funcionamento informal como 1979.

⁴ Site oficial: http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html

Destaca-se que, no ano de 2013, todos os grupos formados são provenientes de instituições públicas, três delas estaduais (UNICENTRO, UNESP e USP) e duas federais (UFF e UFRRJ). Além disso, os grupos são localizados na Região Sudeste, com exceção do grupo “Estudos sobre Infância e Adolescência”, do Paraná.

Apesar das oscilações, é possível acompanhar uma estabilidade na quantidade de grupos criados entre o ano de 2004 e 2016, com a criação de pelo menos um grupo por ano. Ressalta-se que, ainda que não tenha sido realizado um recorte temporal durante a consulta ao banco, os dados acerca especificamente dos grupos de pesquisa foram capturados em 2017, de modo que a não aparição de grupos nos anos seguintes reflete o período em que foi realizada a consulta.

Linhas de pesquisa: temáticas da infância

As linhas de pesquisa são subdivisões que representam temas aglutinadores, dos quais são originados projetos que apresentam afinidades entre si. Por conta da diversidade de temas dentro dos grupos de pesquisa, apesar de terem os descritores no título do grupo, nem todas objetivam investigar aspectos relacionados à temática infantil.

As páginas das linhas de pesquisa possuem a descrição do seu objetivo geral, os quais foram lidos e serviram como guia para a criação de categorias analíticas. Os 36 grupos apresentam, na somatória total, 115 linhas de pesquisa, das quais 27 não explicitam relação com a temática infantil e oito estavam sem objetivos, de modo que foram criadas categorias analíticas a partir das 80 linhas restantes. Vale ressaltar que 54 linhas possuíam os descritores em seu nome.

Tabela 2 - Categorias analíticas das linhas de pesquisa relacionadas à infância

Categoria analítica	Quantidade de linhas de pesquisa
Garantia de direitos e crianças em situação de vulnerabilidade	25
Educação e Processos de Aprendizagem	15
Relação Interacional entre díades	11
Outras*	29
Total	80

*Essas categorias tiveram um quantitativo menor do que quatro linhas, portanto foram descritas no texto.

A categoria “Garantia de direitos e crianças em situações de vulnerabilidade” é a mais expressiva e engloba as 25 linhas de pesquisa que objetivam investigar fatores relacionados às crianças em situação de vulnerabilidade e a garantia de seus direitos, comportando aspectos como: trabalho infantil (5) e violência (11), violência sexual (2), políticas públicas (3), garantia de direitos (8), entre outros.

A “Relação interacional entre díades” (11 linhas) refere-se às linhas que pretendem desenvolver pesquisas com foco na investigação do desenvolvimento infantil a partir da interação entre diferentes díades: criança-criança, professor-aluno, adulto-criança, pai/mãe-criança, mãe-bebê, criança-outro.

Além destas citadas, existem outras categorias temáticas: identidade, cultura e subjetivação (4), crianças com atrasos/transtornos de desenvolvimento (4), psicoterapia e clínica infantil (4), adoção e acolhimento (3), gênero e sexualidade (2), conhecimento sociomoral infantil (2), crianças hospitalizadas (2), saúde mental infantil (2), significados de infância (2), família (1), aspectos psicossociais da infância (1), práticas educativas parentais (1) e habilidades sociais (1).

Destaca-se que categorias não se referem, necessariamente, a linhas de pesquisa que estudam exclusivamente infância, de modo que adolescência (30 linhas) e juventude (6 linhas) também aparecem como temas das pesquisas.

Recursos humanos dos Grupos de Pesquisa

Através de um cruzamento entre os nomes dos/as líderes percebeu-se que o pesquisador Antônio Augusto Pinto Júnior aparecia como líder de dois grupos de Pesquisa “Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Infância e Adolescência (LEPIA)” e “O teste do desenho da pessoa na chuva: estudos de validação em crianças vítimas de violência”. Desse modo na amostra de 36 grupos de pesquisa havia 35 líderes distintos cujos currículos lattes foram acessados e salvos em PDF no drive.

A partir da leitura do resumo informado pelos/as líderes no seu currículo, foram identificadas áreas de atuação específicas da Psicologia. Para a categorização utilizou-se as áreas explicitadas no texto informado no lattes, de modo que seis pesquisadores/as indicaram mais de uma área de atuação (Psicologia Social & Psicologia do Desenvolvimento; Psicologia do Desenvolvimento &

Neuropsicologia; e Psicologia do Desenvolvimento & Psicologia Pediátrica) e um pesquisador não indicou explicitamente nenhuma área de modo que foi categorizado como “área não especificada”.

Tabela 3 - Áreas de atuação em Psicologia dos(as) líderes de Grupos de Pesquisa

Áreas da Psicologia	Quantidade de Pesquisadores/as
Psicologia do Desenvolvimento	10
Psicanálise	5
Psicologia Social	3
Psicologia Educacional	3
Psicologia Clínica	3
Psicologia Social & Psicologia do Desenvolvimento	3
Psicologia Cognitiva	2
Psicologia Experimental	2
Psicologia dos Direitos Humanos	1
Psicologia do Desenvolvimento & Neuropsicologia	1
Psicologia do Desenvolvimento & Psicologia Pediátrica	1
Área não especificada	1

A Psicologia do Desenvolvimento é a área com a maior quantidade de pesquisadores(as) na amostra com 15⁵ indicações (42, 8%). Em segundo lugar está a Psicologia Social com 6 indicações, ao total. É possível perceber a expressividade da Psicologia do Desenvolvimento, que pode ser explicada pela sua historicidade enquanto área de pesquisa da infância no Brasil (Mota, 2005; Becker, Bandeira, Ghilardi, Hutz & Piccinini, 2013; Lopez, 2015).

Tendo como base o item de “colaboradores estrangeiros” dos Recursos humanos presentes nas páginas dos grupos de pesquisa, foram identificados seis pesquisadores/as provenientes de países estrangeiros, representados na tabela 4. Os/as colaboradores/as estrangeiros/as são de países do Hemisfério Norte, especialmente da América do Norte (Estados Unidos da América e Canadá) e da Europa (Espanha e Finlândia). Pensando a localização do Brasil e a língua oficial do país, o lugar de

⁵ Considerando também aquelas pessoas que explicitaram o interesse pela Psicologia do Desenvolvimento juntamente com outra área.

origem dos/as colaboradores/as é um dado interessante, uma vez que poderíamos esperar conexões com pesquisadores/as latino americanos/as ou de países nos quais é falada a língua portuguesa.

Tabela 4 - Colaboradores/as estrangeiros/as e seus países de origem

Colaboradores/as estrangeiros/as	Grupos de Pesquisa	País de Origem
Jonathan Santo	Infância, Adolescência e Sociedade.	Estados Unidos da América
Jaan Valsiner	Laboratório de Estudos do Desenvolvimento na Cultura: Comunicação e Práticas Sociais LabCCom	Estados Unidos da América
Thomas Sean Higbee	Questões empíricas e conceituais na aquisição de repertórios simbólicos em crianças com e sem atraso no desenvolvimento	Estados Unidos da América
Antonia Picornell Lucas	Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre o Desenvolvimento da Infância e Adolescência (NUPEDIA)	Espanha
Niina Annika Rutanen	Centro de Investigação Sobre Desenvolvimento Humano e Educação Infantil	Finlândia
Marc Bigras	Núcleo de estudos e pesquisas em Desenvolvimento Infantil	Canadá

As produções sobre Infância(s) dos/as líderes de Grupos de Pesquisa

O aprofundamento do estudo voltou-se para a construção de um banco de dados com as publicações sobre infância indicadas na Plataforma *Lattes* dos/as 35 líderes dos grupos de pesquisa. Posteriormente, realizou-se a busca na página, com a ferramenta de localização, do termo “infância” e localização dos títulos de artigos que o possuíam.

O critério de permanência dos artigos na amostra foi presença do descritor “infância” nos títulos dos grupos e o recorte temporal do período de 2014-2018. Os artigos correspondentes a esses parâmetros foram buscados nos sites de suas respectivas revistas e armazenados em banco de dados próprio.

Na tabela a seguir estão representados os/as pesquisadores/as e os Grupos de Pesquisa dos quais fazem parte, seguido do número de artigos catalogados no *lattes* que corresponderam aos critérios

durante o refinamento. Desse modo, apenas estão listados oito pesquisadores, embora hajam 35 líderes distintos de grupos de pesquisa na amostra inicial.

Tabela 5 - Quantidade de artigos dos pesquisadores/as de infância

Líderes	Grupo de Pesquisa	Quant.*
Ana Priscila Batista	Estudos sobre Infância e Adolescência	1
Cristiana Carneiro	Núcleo de Pesquisa para a Infância e Adolescência Contemporâneas - NIPIAC	3
Daniela Barros da Silva Freire Andrade	Grupo de Pesquisa em Psicologia da Infância	2
Diana Dadoorian	A clínica contemporânea com crianças e adolescentes	1
João Luiz Leitão Paravidini	Psicanálise e Saúde Mental Infantil	1
Lídia Natália Dobrianskyj Weber	Infância, Adolescência, Família e Sociedade	3
Nádia Maria Ribeiro Salomão	Interação Social e Desenvolvimento Infantil	1
Raquel Gonçalves Salgado	Infância, Juventude e Cultura contemporânea - GEIJC	6
Total		18

* Quantidade de artigos indicados no lattes dos(as) pesquisadores(as) que corresponderam aos critérios de refinamento.

Após o *download* e comparação entre os documentos para eliminação de duplicações no material, percebeu-se que o artigo *Análise de programas direcionados a comportamentos exteriorizados na infância e adolescência* (Batista, Weber, 2014) aparecia duas vezes no quantitativo por ter sido escrito em parceria por Ana Priscila Batista e Lídia Natália Dobrianskyj Weber, líderes de dois grupos distintos. Além disso, identificou-se que a produção da líder Diana Dadoorian trata-se de uma resenha (Dadoorian, 2016), portanto, também foi excluído da amostra por não corresponder aos objetivos da pesquisa. Dessa forma, o quantitativo final de produções para a etapa de análise foi 16 artigos, os quais foram lidos na íntegra para a síntese interpretativa dos aspectos teóricos e metodológicos que subsidiam a produção de pesquisadores sobre infância(s).

Os conceitos de Infância(s) em artigos brasileiros

A conceituação de infância aparece de forma explícita em sete artigos do quantitativo (Salgado, 2014; Carneiro, 2015; Andrade, 2015; Ferrarini, Queiroz & Salgado, 2016; Oliveira, Salgado & Souza, 2017; Salgado & Martins-Garcia, 2018; Salgado, Souza & Willms, 2018).

Em artigo relacionado às investigações do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Infância (GPPIN), a infância é apresentada como “construção sociocultural cujos significados regulam práticas sociais e educacionais frente às quais adultos e crianças interagem, incorporando-as, negando-as e mesmo reinterpretando-as” (Andrade, 2015, p.16). A autora compreende o desenvolvimento humano a partir de uma abordagem histórico-cultural, dialogando com estudos de Vigotski e Moscovici.

Para Andrade (2015) a criança deve ser reconhecida não só como produto da cultura, mas principalmente pelo seu poder de criação, como pessoas que produzem cultura. Desse modo, a pesquisadora defende que “as crianças possuem narrativas próprias, veiculadas seja verbalmente, seja corporalmente, que também circulam nos espaços em busca de contorno de lugares específicos influenciando comportamentos dos adultos e de outras crianças (Andrade, 2015, p.17.)

Em concordância com Andrade (2015), os artigos da pesquisadora Raquel Gonçalves Salgado apresentam o processo de socialização da criança para além de uma simples internalização, de modo a ser resultante de um processo de apropriação, reinvenção e produção da cultura através da relação com adultos e entre pares (Salgado, 2014; Ferrarini, Queiroz & Salgado, 2016; Oliveira & Salgado, 2017).

A partir de uma perspectiva baseada na Sociologia da Infância, a criança, assim como o adulto, é compreendida como “sujeito que se constitui na história e na cultura e, simultaneamente, também produz cultura” (Ferrarini, Queiroz & Salgado, 2016, p. 1033). O próprio significado do termo infância, do latim *in-fans* – que significa aquele que não fala – é colocado em discussão, através da concepção que este ajudou a perpetuar uma perspectiva negativa da infância como “a idade da não razão e do não trabalho” (Lopes, 2009 como citado em Ferrarini, Queiroz & Salgado, 2016, p. 1037).

Nessa perspectiva a criança é percebida como um sujeito de saberes legítimos, ao invés de apenas como objeto a ser conhecido, para tanto, deixa-se de pesquisar *a* criança para “pesquisar *com* a criança as experiências socioculturais que ela compartilha com as pessoas de seu convívio” (Ferrarini, Queiroz & Salgado, 2016, p. 1029, grifo nosso).

A infância, para Salgado, Souza e Willms (2018, p. 36), “institui-se como um conjunto de discursos que fazem existir modos de pensar, relações e sentimentos, que, de formas singulares, ganham corpo na vida social de crianças e adultos”. Entre esses discursos, encontra-se a inocência como “atributo emblemático da infância” (Salgado, Souza & Willms, 2018, p. 37), algo que é problematizado no artigo citado a partir de teóricos como Ariès, Foucault, Henry Jenkins e Erica Burman.

As concepções construídas a partir desse binômio infância-inocência, as quais estão acopladas a um discurso moral sexual e “produzem valores, práticas sociais e políticas” (Salgado, Souza & Willms, 2018, p. 37). Dessa forma, defendem-se práticas educativas dentro do contexto escolar e familiar que não estejam amarradas por discursos moralistas que possam inibir as expressões e singularidades da sexualidade dos sujeitos (Salgado & Martins-Garcia, 2018).

Nesse sentido, Salgado e Martins-Garcia (2018) apresentam como principal ponto de relevância de sua pesquisa, o fato de inserirem indagações que ainda estão reprimidas no cenário da educação infantil por conta de uma imagem de infância vinculada com a inocência e a não-sexualidade. Dessa forma, estas questões “trazem à tona o corpo da criança, com suas singularidades, prazeres, demandas, cuidados e suas mais intensas alteridades em relação ao corpo adulto, civilizado, educado e disciplinado” (Salgado & Martins-Garcia, 2018, p. 114).

Em outro artigo, a partir de uma pesquisa-intervenção realizada em uma brinquedoteca e uma escola do Mato Grosso do Sul, Oliveira, Salgado e Souza (2017) discutem as experiências da infância a partir da cultura que envolve o século XXI, cujos discursos midiáticos constroem valores e constituem identidades na sociedade contemporânea, marcada por novas tecnologias e formas de significação de experiências.

Entretanto, considerando que a pesquisa escutava crianças de uma área urbana, ressalta-se que a experiência de infância das participantes não representam todas as possibilidades experienciar à infância. Dependendo do contexto em que as crianças estão inseridas, é preciso considerar outros elementos, como, por exemplo, a impossibilidade do acesso aos tipos de mídias citadas no artigo.

Através da teoria psicanalítica, Carneiro (2015) discorre no seu artigo sobre a percepção da infância a partir da perspectiva do adulto, colocando em foco, não a infância das crianças do presente, mas a infância deste adulto em um retorno a sua infância que agora lhe é “estrangeira e longínqua” (Carneiro, 2015, p. 128).

A infância nessa ótica apontaria para o desconhecido diante do qual posso extrair novos sentidos, em vez de soterrá-la numa suposta soberania e completude do adulto diante daquele que não fala (*infans*). Fazer falar o infantil é acreditar que o mesmo **participa ativamente na construção dos sentidos da realidade** (Carneiro, 2015, p. 134, grifo nosso).

Nesse sentido, a Psicanálise, de certa forma, teria inaugurado uma nova infância, presente para além daquilo vivido pela criança: “uma [infância] visada do adulto sobre o seu passado e, sendo assim, o adulto só poderá ter infância ao perdê-la” (Carneiro, 2015, p.135). Nesta perspectiva, ser criança e ter infância não equivale à mesma coisa, esta última só seria construída na rememoração.

Dentre os nove artigos que não explicitamente a conceituação de infância, foi possível inferir as concepções teóricas sobre a temática em três deles (Salgado & Souza, 2018; Carneiro & Coutinho, 2015; Andrade, Sá & Poubel, 2017) levando em consideração a explicitação dessas concepções em outros artigos dos/as autores/as que apareceram no quantitativo.

Nos outros artigos, o termo infância parece ser utilizado como sinônimo para criança, sem que haja uma distinção ou conceituação explícita. Para tanto, evidencia-se a crítica relacionada à descrição da infância apenas como “etapa da vida”, pois se retiram aspectos sociais e históricos dos modos de se viver a infância (Salgado & Souza, 2018; Salgado, Souza & Willms, 2018).

Considerações finais

Os resultados obtidos na base do Diretório de Grupos de Pesquisa indicaram a prevalência na Região Sudeste do país (47,2%), apontando um maior movimento de construção de grupos de pesquisa na região. Entretanto, metade das publicações analisadas foram escritas por pesquisadores/as do Mato Grosso, pertencente à Região Centro-oeste do país, a qual aparece em penúltimo lugar no quantitativo, com apenas quatro grupos.

A conceituação da Infância aparece explicitamente em sete artigos. Aparece em estudos da Psicologia Social como uma categoria histórica, social e cultural, construída em um movimento dinâmico e interdependente do contexto no qual está inserido. Na Psicologia do Desenvolvimento, em especial em pesquisas de cunho experimental, a infância é considerada um período de desenvolvimento da subjetividade a partir da interação da criança com o ambiente e outros indivíduos.

Segundo Ariès (1981), no século XVII, a intervenção dos poderes públicos e da escola, teve lugar de destaque nas transformações relacionadas ao cuidado com a criança. Dessa forma, destacam-se os estudos e as linhas de pesquisa relacionadas ao contexto educacional, a partir da compreensão que esse contexto de pesquisa tem uma ligação histórica com o estudo da infância. É interessante perceber que como o contexto escolar ainda aparece como temática frequente de pesquisa, além de ser apontada como ambiente de importância singular no desenvolvimento infantil. Os resultados também corroboram com os achados de Canuto (2017) de que constata a predominância, em estudos ligados à infância na Psicologia, de bases referenciais advindas do campo da aprendizagem e do desenvolvimento.

Além disso, destaca-se a importância da explicitação do referencial teórico utilizado pelos autores/as na construção do artigo, bem como qual a concepção de infância da qual partem para discutir as temáticas de suas pesquisas.

Ressalta-se a presença de pesquisas que relacionam infância à gênero e sexualidade (Salgado & Martins-Garcia, 2018; Salgado & Souza, 2018; Salgado; Souza & Willms, 2018), pois elas desmistificam a conexão da infância com a sexualidade. Deixa-se de lado a associação da infância unicamente com a inocência, a qual aflora a concepção desse período como “sem sexualidade”, e passa-se a investigar as particularidades da sexualidade na infância.

Um apontamento a ser considerado é a discussão conjunta acerca da Infância e da Adolescência que aparece em todas as etapas de análise durante a pesquisa: 15 grupos analisados possuem também o termo adolescência no título; 30 linhas de pesquisa sobre infância também deixam claro em seus objetivos o estudo sobre adolescência; e, por último, há a discussão conjunta em cinco artigos do corpus (Mayer & Weber, 2014; Batista & Weber, 2014; Carneiro & Coutinho, 2015; Coutinho & Carneiro, 2016; Alvarenga, Weber & Bolsoni-Silva, 2016), o que aponta para o diálogo entre esses dois momentos do desenvolvimento.

Conclui-se que o Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil e a Plataforma Lattes configuram-se como recursos relevantes para a análise da produção de conhecimento em diferentes campos de pesquisa, pois permitem acompanhar marcos históricos, geográficos e institucionais de grupos de pesquisa, bem como da produção de pesquisadores/as brasileiros/as.

Por fim, este tipo de estudo é relevante por revisitar a produção do conhecimento, produzindo sínteses analíticas, além de repercutir diretamente na construção de uma rede de pesquisadores da infância.

Referências

- Ariès, P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Andrade, D.B.S.F. (2015) O potencial narrativo dos lugares destinados às crianças: incursões do grupo de pesquisa em psicologia da infância GPPIN. *Revista de Psicologia*, 27(1), p. 16-21.
- Andrade, D. B. S. F.; Poubel, P.F. & Sá, E. (2017) A infância na perspectiva da Psicologia e História da Educação. *Revista Eletrônica Documento/Monumento*, 21(1), p. 233-243.
- Alvarenga, P.; Weber, L. N. D. & Bolsoni-Silva, A. T. Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), p. 4-21.
- Batista, A. P. & Weber, L. N. D. (2014) Análise de programas direcionados a comportamentos exteriorizados na infância e adolescência. *Psicologia Argumento*, 32 (78), p. 157-168.
- Barboza, A. M. M.; Silva, E. K. S.; Branco, L. L.; Cavalcante, R. D. P. & Oliveira, A. A. S. (2017) Mapeamento dos grupos de pesquisa da Psicologia do Desenvolvimento no Diretório de Grupos do CNPq. *Anais do XI CBPD – Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento*, 1(1), 269-270.
- Becker, S. M. S., Bandeira, C. M., Ghilardi, R. B., Hutz, C. S. & Piccinini, C. A. (2013) Psicologia do Desenvolvimento Infantil: Publicações Nacionais na Primeira Década do Século XXI. *Psico*, 44 (3), p. 372-381.
- Bueno, L. D.; Santos Junior, P. S. ; Canuto, L. T. & Oliveira, A. A. S. (2017) Iconografia na investigação e intervenção de processos psicossociais. *Revista de Psicologia da UFC*, 8 (1), p. 99-108.
- Canuto L. T. (2017) *O conceito de Infância em artigos brasileiros de Psicologia*. (Master's thesis, Universidade Federal de Alagoas) Retrieved from <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/2125>.
- CAPES (2017) Avaliação da CAPES aponta crescimento da pós-graduação brasileira. Retrieved from <https://www.capes.gov.br/36-noticias/8558-avaliacao-da-capes-aponta-crescimento-da-pos-graduacao-brasileira>
- Carneiro, C. & Coutinho, L. G. (2015) Infância e adolescência: como chegam as queixas escolares à saúde mental? *Educar em Revista*, 1 (56) n. 56, p. 181-192.
- Carneiro, C. (2015). Infância e esquecimento: construindo os fios da história. *Tempo Psicanalítico*, 47(2), p. 127-137.
- Coutinho, L. G. & Carneiro, C. (2016) Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação. *Psic. Clin.* 28 (2), p. 109-130.
- Dadoorian, D. (2016) 'Juventude e saúde mental: a especificidade da clínica com adolescentes', de Edson Saggese e Fernanda Hamann de Oliveira (Org.) Resenha por Diana Dadoorian. *Revista Desidades*, 1 (10), p. 53-57.
- Falcão, C. A. & Menezes, A. P. S. L. (2018) Violência de Gênero: estudo descritivo-interpretativo a partir das Áreas do Conhecimento da Antropologia e da Psicologia no Diretório de Grupos do CNPq. *E-book CONQUEER*, Retrieved from <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conqueer/anais.php>.
- Ferrarini, A. R. K. Queiroz, F. R. O. & Salgado, R. G. Infância e Escola: tempos e espaços de crianças. *Educação & Realidade*, 41 (4), p. 1027-1048. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623660666>
- Lopez, N. F. (2015) *De uma Psicologia do desenvolvimento ao desenvolvimento de uma psicologia: revisão de uma práxis científica*. (Doctoral dissertation, Universidade Federal da Bahia) Retrieved from <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/19004>
- Mayer, A. P. F. & Weber, L. N. D. (2014). Relações entre a obesidade na infância e adolescência e a percepção de práticas de alimentação e estilos educativos parentais. *Psicologia Argumento*, 32 (79), p. 143-153.
- Menezes, S. K. O.; Oliveira, A. A. S.; Morais, V. G.; Bueno, L. D. & Rocha, M. L. B. (2018) A Adolescência nos Grupos de Pesquisa em Psicologia no Diretório de Grupos de Pesquisa do Cnpq. In: Lima, C. F.; Oliveira, C. M.; Silva,

- A. M. P. M.; Lima, F. D. M. & Silva, F. M. S. M.(org.). *Identidade, contemporaneidade e práticas psicológicas no contexto brasileiro* (pp.530-536). Teresina: EDUFPI.
- Moraes, V. C. G.; Bueno, L. D.; Rocha, M. L. B.; Menezes, S. K. O. & Oliveira, A. A. S. (2018) Infância nos Grupos de Pesquisa em Psicologia no Diretório de Grupos do CNPq. In: Lima, C. F.; Oliveira, C. M.; Silva, A. M. P. M.; Lima, F. D. M.; Silva, F. M. S. M.(org.). *Identidade, contemporaneidade e práticas psicológicas no contexto brasileiro* (pp.467-473). Teresina: EDUFPI.
- Mota, M. E. (2005). Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em Psicologia*, 13(2), p. 105-111.
- Oliveira, A. A. S.; Bastos, J. A.; Canuto, L. T.; Santos Júnior, P. S.; Bueno, L. D. & Rocha, M. L. B. (2017) A produção de conceitos e de métodos na pesquisa psicológica: contribuição da metassíntese ao conhecimento científico. In: Oliveira, A. A. S (Org.). *Psicologia Sócio-Histórica e o contexto de desigualdade psicossocial: teoria, método e pesquisas*. Maceió: EDUFAL, 2017, p. 71-86.
- Oliveira, A. A. S. & Bastos, J. A. (2014). Saúde mental e trabalho: descrição da produção acadêmica no contexto da pós-graduação brasileira. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17(2), p. 239-254.
- Oliveira, A. A. S. & Rocha, M.L.B. (2018) Estudos da Infância que utilizam fotografia como recurso metodológico: metassíntese de dissertações brasileiras em Psicologia. Goiânia, *Anais do IV Simpósio Luso-brasileiro de Estudos da Criança*. Goiânia: Mundial Gráfica, p.78.
- Oliveira, A. A. S.; Miura, P. O. ; Canuto, L. T. ; Santos Junior, P. S. ; Bueno, L. D. & Rocha, M. L. B. (2017) Iconography in psychosocial research with children: creation and imagination in childhood. In: Beatón, G. A. ; Calejon, L. M.; Elejalde, M. F. (Org.). *ECOS. Educación, cultura y desarrollo*. 1ed. São Paulo: Terracota, v. 2, p. 83-98.
- Oliveira, A. A. S.; Trancoso, A. E. R.; Bastos, J & Canuto, L. T. (2015) Metassíntese: apontamentos para sistematização de revisões amplas e crítica interna à produção científica. *Atas CIAIQ 2015 - Investigação Qualitativa na Saúde*, 1(1), 147-152.
- Oliveira, E. S. A.; Salgado, R. G. & Souza, L. L. (2017) Infância em Pesquisa: as Crianças e os Signos da Mídia em Contextos Educativos. *Revista Interação Interdisciplinar*, 1(1), p.80-99.
- Oliveira, K. R. S.; Braz-Aquino, F. S. & Salomão, N. M. R. (2016) Desenvolvimento da linguagem na primeira infância e estilos linguísticos dos educadores. *Avances en Psicología Latinoamericana* 34(3), p. 457-472.
- Quagliatto, T. M. & Paravidini, J. L. L. (2018) A Infância Marginal e o Governo do (Im)possível. *Revista Subjetividades*, 18(1): 45-55.
- Rocha, M.L.B.; Oliveira, A. A. S. & Menezes, S. K. O. (2018) A Infância no Diretório de Grupos de Pesquisa CNPq: Contribuições Metodológicas para uma Análise Sócio-histórica dos Grupos na Área da Psicologia. Goiânia, *Anais do IV Simpósio Luso-brasileiro de Estudos da Criança*. Goiânia: Mundial Gráfica, p.67.
- Salgado, R. G. (2014). Infância, gerações e temporalidades: experiências de crianças e professoras em diálogo. *Linhas Críticas*, 20(41), p. 63-80.
- Salgado, R. G. & Martins-Garcia, P. F. (2018) Em nome dos cuidados, da proteção e da educação: infância, corpo, gênero e sexualidade como discursos entre professoras da Educação Infantil. *Revista Zero-a-Seis*, 20(37), p. 112-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-4512.2018v20n37p112>.
- Salgado, R. G.; Souza, L. L. & Willms, E. E. (2018) Infância, arte, gênero, sexualidade e educação: a mordaca e a criminalização em nome da proteção. *Periodicus*, 1(9), p.26-54.
- Salgado, R. G. & Souza, L. L. (2018). Gêneros, sexualidades e infâncias: cenas de crianças na contramão da inocência. *Childhood & philosophy*, 14 (29) p. 241-258.
- Vigostki, L. S. (2008) *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.



Serviço Social | Social Service

Promover (Re) Encontros com Sentido: uma experiência de intervenção junto de crianças em situação de acolhimento e seus progenitores

Carla Pinto (1) e Elsa Marques (2)

1. Associação Protetora da Criança

2. Instituto Superior de Serviço Social do Porto e Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

Resumo

O presente artigo resulta de uma experiência de estágio profissional realizado entre novembro de 2017 e março de 2018, numa Casa de Acolhimento do distrito do Porto que, nesse mesmo período, acolhia 11 crianças em situação de perigo, com idades compreendidas entre os primeiros dias de vida e os 10 anos.

Procurar-se-á dar a conhecer uma intervenção realizada junto de um grupo de seis crianças acolhidas, com idades entre os 3 e os 9 anos e respetivos familiares que as visitavam semanalmente.

Tendo em conta as fragilidades diagnosticadas ao nível da interação família-crianças decidiu-se conceber e implementar uma intervenção com o objetivo de transformar os momentos de visita em espaços de interação de qualidade, quer em termos educativos, quer no que respeita ao aprofundamento dos laços familiares.

O planeamento da intervenção passou, assim, por procurar responder às seguintes questões: Como transformar o período das visitas num momento rico em aprendizagens e interações gratificantes entre pais e filhos? Como tornar as visitas dos familiares às crianças momentos de expressão de afetos positivos e, conseqüentemente, de reforço dos laços entre eles? Como contribuir para que os progenitores desenvolvam o sentimento de que são capazes de auxiliar os filhos a adquirir aprendizagens importantes para o seu desenvolvimento?

A intervenção efetuada, orientada para a manutenção e o reforço dos laços familiares, permitiu criar condições favoráveis, transformando os momentos de visita em períodos de maior privacidade e afeto entre as famílias e as crianças, bem como oportunidades de aprendizagem, responsabilização e capacitação parental.

Palavras-chave: Acolhimento Residencial; Casas de acolhimento; Família; Crianças; Envolvimento Parental.

Introdução

O presente artigo resulta de uma experiência de intervenção realizada numa Casa de Acolhimento (CA) do distrito do Porto no âmbito de um Estágio Profissional¹, com a duração de quatro meses, realizado entre 2017 e 2018, no quadro do Mestrado de Intervenção Social na Infância e Juventude em Risco de Exclusão Social, promovido pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

A ação centrou-se num conjunto de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 10 anos de idade que, em algum momento, estiveram expostas a situações de perigo no meio familiar de origem. Incidiu, de modo particular, num grupo de seis crianças, entre os três e os nove anos de idade, e respetivos familiares que as visitam, semanalmente, na CA.

À medida que fomos conhecendo a realidade institucional, pudemos diagnosticar fragilidades no que toca à relação entre a CA, a criança e a família biológica, nomeadamente: a inexistência de um espaço físico na instituição reservado às visitas, promotor de uma interação de qualidade entre a família e a criança; o desconhecimento dos progenitores face às competências e aprendizagens que se esperam que as crianças adquiram na faixa etária em que se encontram; momentos de ingestão excessiva de doces por parte das crianças durante os períodos de visita dos pais; existência de conflitos entre crianças, motivados pela ausência de supervisão e orientação técnica durante os momentos de visita.

Fomos, ainda, dando conta que, no período das visitas semanais, as interações pais-filhos eram marcadas por escassas trocas emocionais, assim como a quase ausência de estímulos adequados ao desenvolvimento da criança, designadamente ao nível cognitivo, linguístico e físico.

Sabendo que as competências parentais são indissociáveis das oportunidades sociais que os progenitores têm acesso, como esperar que as competências educativas dos pais sejam distintas das que conduziram à retirada das crianças sem existir um investimento profundo na mudança das suas condições de vida e nos estímulos a que estão submetidos? Como poderão os pais elevar as suas competências parentais sem serem submetidos a uma nova realidade objetiva?

A presença continuada na instituição e o acompanhamento do quotidiano das crianças permitiu-nos constatar que a intervenção com a família biológica era uma dimensão descuidada institucionalmente, sendo que esta lacuna era, igualmente, reconhecida pelos profissionais que nela trabalham. A CA aqui em estudo centrava a sua intervenção junto das crianças, privilegiando um

¹ O Estágio Profissional foi realizado pela primeira autora (e orientado pela segunda).

acompanhamento de proximidade e a construção de laços de vinculação entre a equipa técnica e as crianças, procurando assegurar o seu desenvolvimento psicossocial.

No entanto, porque o projeto de vida da maioria das crianças apontava o regresso à família de origem, começámos a interrogarmo-nos que trabalho estava a ser feito junto da família. Partimos, pois, do pressuposto teórico de que uma intervenção centrada única e exclusivamente na transformação da realidade subjetiva da criança, sem proporcionar aos progenitores oportunidades de elevarem as suas competências parentais e sem um investimento profundo na mudança das suas condições de vida e nos estímulos a que são submetidos, não iria garantir a alteração dos fatores de perigo que conduziram as crianças à situação de acolhimento residencial.

Partindo de uma análise e reflexão cuidada sobre as questões elencadas, alicerces de toda a ação, considerou-se fundamental elaborar um plano de intervenção com o objetivo de contribuir para que o período das visitas dos familiares às crianças constituísse um momento de aprofundamento dos laços entre eles. A sua concretização exigiu o desenvolvimento de atividades, não só no sentido de promover experiências de afeto entre progenitores e os seus filhos, mas também de acompanhamento, orientação e transmissão de princípios de aprendizagem que auxiliassem os pais a ir ao encontro das necessidades educativas e emocionais dos filhos.

Procedimentos Metodológicos: reflexões sobre o caminho percorrido

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação social que se pretende compreender melhor e/ou alterar. Conhecer os problemas prioritários da instituição foi o nosso primeiro passo. Não seria, quanto a nós, um procedimento ético impor um projeto de ação, a priori, sem conhecer as necessidades, preocupações, vontades, problemas e constrangimentos vivenciados pelos atores que davam vida à instituição. Tal como Bourdieu (1993) tão bem alertou, “a imposição da problemática”² é um risco que os investigadores não estão longe de correr, à medida que avançam com o processo de conhecimento. É fundamental tomar cuidado para evitar que isto aconteça, sob pena das ações postas em prática se tornarem desadequadas e produzirem um resultado inverso àquele que se pretende atingir.

2 De acordo com Bourdieu (1993), por vezes, os grupos sobre os quais incide uma investigação não recusam planos de ação que lhe são impostos, mesmo que desajustados à própria realidade. Muitas vezes, acontece o que o autor designa por “imposição da problemática” por parte do investigador, que aborda temas sobre os quais os indivíduos não têm competência, nem encontram qualquer significado. Ninguém está livre da influência da imposição de intervenções, ingenuamente, egocêntricas ou desatentas e do efeito contrário que as respostas e reações deslocadas dos indivíduos podem produzir na interpretação do investigador, convicto, por vezes, de um fenómeno que ele próprio produziu, sem saber.

A nossa opção, em termos metodológicos, recaiu sobre a metodologia de projeto por considerarmos ser a mais adequada para quem queria, como nós, não apenas compreender a relação que existe entre a CA, famílias e crianças acolhidas, mas também contribuir para influenciar a qualidade dos momentos de interação entre estas e os progenitores, no decorrer dos momentos de visita na própria instituição. O desejo de conhecer mas, sobretudo, de intervir levou-nos a percorrer um caminho assente numa metodologia que estabelece conexões dinâmicas entre o diagnóstico e a intervenção.

Atendendo às principais fases da metodologia de projeto³, procurou-se, em primeiro lugar, realizar um *diagnóstico* da realidade social, considerando os diferentes atores sociais envolvidos, a identificação de potencialidades e obstáculos existentes, principais áreas de questionamento, dinâmicas de mudança e fontes potenciais de recursos. Nesta fase, a pesquisa documental e a observação participante assumiram um papel fundamental enquanto técnicas privilegiadas de recolha de informação.

Depois de obter um conhecimento mais aprofundado sobre as dinâmicas da CA, tornou-se mais clara a forma como o plano de ação poderia ser conduzido e concretizado. Após a definição do universo de análise e dos objetivos gerais e específicos a atingir, foram delineadas e discutidas com a equipa técnica as estratégias e atividades a desenvolver com cada família, partindo da necessidade de serem realistas e ajustadas às suas características.

A avaliação do projeto foi realizada de forma contínua e sistemática, o que permitiu obter um feedback contínuo sobre o plano de ação implementado. Para além disto, constituiu um importante instrumento de reflexão sobre as ações desenvolvidas, permitindo a sua adaptação às necessidades que foram surgindo.

Nesta pesquisa foram, também, utilizadas fontes documentais e não documentais. Todavia, por se tratar de um projeto elaborado com base na análise das dinâmicas e interações sociais do contexto da CA, privilegiámos a observação participante enquanto técnica primordial no processo de recolha de informação. Assim, foi possível participar e observar diversos momentos institucionais, entre os quais destacamos as rotinas das crianças (horários das refeições e higiene pessoal, momentos de apoio ao estudo, idas à piscina, celebração de aniversários e outras épocas festivas); o período de visitas dos familiares; as reuniões das Equipas Técnica e Educativa e o acompanhamento das diligências inerentes aos processos de promoção e proteção.

³ De acordo com Guerra (2002:128) as principais etapas de elaboração da metodologia de projeto são: identificação dos problemas e diagnóstico; Definição de objetivos; Definição de estratégias; Programação das atividades; Preparação do plano de acompanhamento e de avaliação do trabalho; Publicitar os resultados e estudo dos elementos para a prossecução do projeto.

O registo das informações recolhidas foi efetuado num diário de campo (sob a forma de notas descritivas e reflexivas), um caderno de registo das situações, ações e atividades desenvolvidas no percurso do estágio, bem como das sensações do momento, pensamentos e reflexões pessoais que íamos realizando. Esta base documental de análise permitiu-nos, numa fase posterior e em retrospectiva, interpretar e reviver as experiências com maior nitidez.

Por outro lado, os acontecimentos observados durante a realização das atividades desenvolvidas no período de visita dos familiares às crianças foram registados no Plano Individual de Intervenção em Contexto de Visita, documento onde constam os dados de identificação da criança, os objetivos gerais e específicos da intervenção, as ações/atividades planeadas e o grau de satisfação com as mesmas. Este registo, que integra uma tabela destinada à monitorização de cada sessão, foi preenchido após a realização de cada atividade.

De destacar, por último, o recurso a um guião de observação relativo às condições objetivas de vida⁴ das famílias das crianças acolhidas e à dinâmica das visitas na CA. Este documento foi elaborado com base nos objetivos da intervenção e constituiu um importante fio condutor do projeto.

Projeto de Ação: uma intervenção educativa centrada na relação entre a família e a criança

Em contexto de acolhimento, as visitas dos familiares são momentos de extrema importância para a estruturação da criança, constituindo, igualmente, uma importante fonte de informação para os profissionais que procuram investir e preparar o projeto de vida de cada uma delas. Por este motivo, considerámos que deveriam ser criadas condições favoráveis para que as visitas dos pais aos filhos constituíssem períodos de privacidade e afeto, bem como oportunidades de aprendizagem, responsabilização e capacitação parental.

Partimos do pressuposto teórico de que a convivência saudável entre a família e as crianças acolhidas deve ser fomentada por uma intervenção orientada para a manutenção e o reforço dos laços familiares, sobretudo, nos casos em que se prevê que as crianças regressem ao agregado familiar de origem. Assim, a medida de acolhimento residencial deve ser acompanhada, simultaneamente, por medidas e estratégias que estimulem a promoção de competências sociais, afetivas, educativas e psicológicas da criança e sua família. Somos da opinião que quanto mais

⁴ Estas informações foram recolhidas em contexto de visita, através dos relatos das famílias das crianças acolhidas, posteriormente, cruzados com os registos documentados e atualizados no processo de promoção e proteção de cada uma delas.

diversificadas forem as oportunidades de contacto com experiências que estimulem o gosto e o prazer das crianças pela aprendizagem, maior será a capacidade de estas se envolverem, de forma significativa, nesse processo.

Os atrasos evidenciados pelas crianças da CA nos vários domínios do seu desenvolvimento (e.g., dificuldades na socialização com adultos e pares; autonomia; noções espaço-temporais; comunicação oral, articulação e construção frásica; leitura e escrita) exigiam que fossem criadas oportunidades de estimulação, treino e aquisição de competências.

Com base no acompanhamento efetuado durante o período de visita dos progenitores às crianças, foi possível constatar que, embora a dinâmica flexível da CA permitisse a intimidade e proximidade a que as crianças e as famílias têm direito, a qualidade da interação, sobretudo em termos pedagógicos e educativos, ficava aquém do esperado⁵.

Encontrávamo-nos perante famílias que apresentavam poucos recursos culturais, um código linguístico restrito, descrença generalizada e afastamento precoce do sistema de ensino e dos processos de aprendizagem. Com efeito, se não lhes fosse dada a oportunidade de se familiarizarem com tarefas que lhes permitissem atribuir significado à aprendizagem e desenvolver a perceção de que poderiam aprender e participar, ativamente, no processo educativo dos filhos, provavelmente, não conseguiriam motivar e desenvolver neles uma atitude positiva perante a escola e o conhecimento.

Um retrato psicossocial do grupo intervencionado

O projeto de intervenção desenvolvido no estágio envolveu seis das onze crianças acolhidas na CA aqui em análise e os elementos da família que as visitavam semanalmente. A seleção das famílias foi definida em reunião com a Equipa Técnica, tendo em consideração dois critérios: o projeto de vida definido para cada criança e a necessidade de promover a interação e o reforço dos laços familiares.

Ainda que a intenção inicial da nossa intervenção incidisse apenas nos agregados familiares das crianças que recebem visitas na CA e se perspetivava o regresso ao seio familiar de origem, após reunir com a Equipa Técnica, achou-se pertinente incluir no universo de análise uma das crianças

⁵ Atendendo às sete condições socializadoras defendidas por Brazelton e Greenspan (2002) no seu livro “A criança e o seu mundo”, com vista à satisfação de um conjunto de necessidades fundamentais da primeira e segunda infância, a saber: a necessidade de relações afetivas contínuas; a necessidade de proteção física, de segurança e disciplina; a necessidade de experiências adaptadas às diferenças individuais; a necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; a necessidade de estabelecer limites, de organização e expectativas; a necessidade de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; e a necessidade de proteger para o futuro.

que se perspectivava a adoção uma vez que, também ela, recebia visitas da sua progenitora. De salientar que o Tribunal considerou não se terem esgotado as tentativas de recuperação deste elemento e, por isso, foi-lhe dada uma última oportunidade de reorganizar a sua vida e proposto um trabalho e acompanhamento intensivo por parte de um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP).

A nossa intenção partiu do pressuposto de que para se reorganizarem e (re)assumirem as suas funções parentais, as famílias necessitam de uma intervenção profunda e contínua sendo, por isso, essencial e pertinente todo o trabalho que procure elevar as competências parentais, sobretudo, nos casos em que se prevê o regresso da criança ao meio familiar de origem.

Consideramos fundamental munir os progenitores de competências que lhes permitam socializar os filhos de forma saudável⁶, sem esquecer que o desenvolvimento dessas competências são, de igual modo, dependentes das suas condições materiais de vida.

Tabela 1 - Caracterização do grupo de crianças

N o m e (fictício)	Idade	Escolaridade	Projeto de Vida
Lara	3 anos	Frequenta o Pré-escolar	Reintegração na família nuclear
Tiago	4 anos	Frequenta o Pré-escolar	Adoção
Noa	4 anos	Frequenta o Pré-escolar	Reintegração na família nuclear
João	9 anos	Frequenta o 2º ano	Reintegração na família nuclear
Anabela	7 anos	Frequenta o 1º ano	Reintegração na família nuclear
Laura	3 anos	Frequenta o Pré-escolar	Reintegração na família nuclear

Fonte: Elaboração Própria

Atendendo à informação evidenciada na tabela 1, importa referir que das 6 crianças acolhidas, 3 delas eram irmãs. Trata-se de um grupo de crianças que mantinham contacto com a família biológica na CA, nomeadamente, com os progenitores, avós e tias(os) e encontram-se em situação de primeiro acolhimento.

⁶ De acordo com Strecht (1997) só a existência de um meio capaz de promover relações afetivas estáveis, permitirá a prestação de cuidados suficientemente adequados às necessidades básicas das crianças. Tais necessidades que, segundo Canhão (2007), vão muito para além do cuidado pessoal, da saúde (física e mental) e da alimentação, mas abarcam necessidades de ordem superior que se prendem com a promoção do desenvolvimento emocional e comportamental da criança (a qualidade da vinculação afetiva); da identidade (auto-imagem da criança como ser individual e valorizado, a auto-estima positiva, o sentimento de pertença e aceitação por parte dos outros significativos); do relacionamento familiar e social e do desenvolvimento da sua capacidade de autonomia.

Relativamente à escolaridade, as crianças dividiam-se entre dois estabelecimentos de ensino público, apresentavam problemas de aprendizagem e atrasos significativos em vários domínios do seu desenvolvimento, não tendo ainda adquirido as competências que se esperaria na sua faixa etária.

No que respeita ao projeto de vida, a equipa técnica previa que cinco das crianças em estudo regressassem ao meio familiar de origem e uma fosse encaminhada para adoção.

Tabela 2 – Caracterização do grupo de famílias

Nome da criança (fictício)	Laços de parentesco dos elementos que visitam	Idade	Habilitações literárias	Condição perante o trabalho	Rendimentos
Lara	Mãe	26	6º ano	Desempregada	---
	Avô Paterno	74	4º ano	Reformado	350€
	Tia Materna	23	9º ano	Desempregada	RSI
Tiago	Mãe	33	6º ano	Desempregada	RSI
Noa	Mãe	45	6º ano	Desempregada	RSI
	Irmã	22	12º ano	Desempregada	RSI
	Avó Materna	68	4º ano	Reformada	630€
Anabela	Pai	50	4º ano	Reformado por invalidez	250€
João	Avó Paterna	74	4º ano	Reformada	290€
Laura					

Fonte: Elaboração Própria

Como é possível verificar na tabela 2, os familiares que visitavam as 6 crianças acolhidas apresentavam um nível de escolaridade manifestamente baixo, contabilizando-se apenas um adulto com o 12º ano e os restantes com qualificações entre o 4º e o 6º ano de escolaridade. Todas eles se encontravam em situação de vulnerabilidade e precariedade económica e habitacional, sendo que a maior parte beneficiava da medida do Rendimento Social de Inserção (RSI).

Parece-nos pertinente evocar aqui os contributos de Gaulejac e Léonetti (1994), autores que consideram a participação no mercado de trabalho um critério fundamental de integração social. Segundo os mesmos, a privação decorrente do afastamento do mundo do trabalho facilmente gera situações de exclusão, uma vez que o exercício de uma atividade profissional além de fornecer os rendimentos que possibilitam ao indivíduo aceder aos padrões de consumo, gera uma identidade

pessoal e social cuja capacidade de definição se tornou mais forte do que qualquer outro tipo de pertença. Ora, a partir do momento em que o indivíduo se encontra numa situação de desemprego, afastado das atividades de produção e consumo que lhe conferiam proteção, estatuto e reconhecimento social, reúne menores condições para se sentir e fazer parte integrante da sociedade. A escassez ou irregularidade de rendimentos implicam consequências graves que vão muito além da precariedade económica, podendo também induzir à instabilidade familiar e impedir o acesso da família a bens e serviços socialmente e culturalmente relevantes.

Uma vez que, ao longo do seu crescimento, a criança é influenciada pelas ligações que os familiares mantêm com o mundo do trabalho (relações essas que se refletem nas rotinas diárias da criança), estar impedido de trabalhar pode, mesmo, significar estar impossibilitado de participar em atividades de carácter sociocultural e recreativo. As privações e consequências decorrentes destas situações comprometem, assim, as oportunidades de participação social da criança, induzindo disposições mais ou menos favoráveis ao prosseguimento de uma futura carreira profissional e à mobilização social das suas capacidades⁷.

Da definição dos objetivos à estratégias de ação delineadas

Tendo em conta a realidade da CA, aqui em estudo, e dada a necessidade de sensibilizar as famílias para a importância do seu envolvimento no processo de aprendizagem das crianças, foi proposta a possibilidade de iniciar o acompanhamento personalizado a cada um dos agregados. O que se pretendeu, com as ações implementadas, foi implicar os familiares no processo de aprendizagem das crianças, fomentando, em simultâneo, as suas competências educativas. Procurou-se, assim, transformar o período de visita num momento com qualidade, quer em termos educativos, quer no que respeita à manutenção e reforço dos laços. Assim, a realização do projeto de ação estruturou-se em torno de dois objetivos gerais: a) implicar os familiares no processo de aprendizagem das crianças, elevando as suas competências educativas e o sentimento de auto-eficácia⁸; b) transformar as visitas entre familiares e crianças em momentos de qualidade, reforçando os laços familiares.

7 Familiarizados, tantas vezes, com experiências de precariedade e carência económica que impossibilitam o acesso aos padrões de consumo considerados norma, os indivíduos vêem-se numa situação de fragilidade e privação, com impacto direto nas vivências das suas crianças. Sendo certo que as dificuldades nas relações entre pais e filhos ocorrem em qualquer ambiente social será, sem dúvida, mais incisivo nestes contextos onde hábitos disfuncionais se reproduzem e afetam o exercício do papel parental, comprometendo a capacidade de providenciarem aos filhos os cuidados e a educação que seria desejável (Santos; Santos, & Ribeiro, 2011).

8 De acordo com Bandura (1986) as crenças de auto-eficácia são um “juízo das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de performance” (p. 391). Refere-se à percepção pessoal que o indivíduo tem sobre as suas próprias capacidades (inteligência, habilidades, conhecimentos). Contudo, não se trata de possuir ou não tais capacidades, mas de acreditar que as possui e pode executar uma determinada ação – expectativa.

Numa primeira fase, realizou-se uma atividade de “quebra gelo” durante a visita dos familiares às crianças, no sentido de conhecer as famílias, perceber as suas principais dificuldades e, também, de elevar o grau de receptividade dos familiares às atividades que iriam ser propostas. O saber escutar, observar e partilhar foi muito importante para identificar necessidades, preocupações, aspirações e desejos das famílias.

Numa fase inicial de aproximação, sentimos, por parte de todos os familiares, alguma desconfiança que se refletia na postura rígida e pouco flexível que assumiam durante o período de visita. Todavia, ao longo da primeira visita acompanhada, as interações foram-se tornando mais espontâneas.

Apesar das crianças em estudo se encontrarem em diferentes etapas de desenvolvimento, foi possível verificar que a identificação das cores primárias e secundárias e a distinção dos diferentes animais domésticos eram duas competências não adquiridas pela maioria. Neste sentido e após articular com a equipa técnica, ficou definido serem essas as duas temáticas a trabalhar durante o período de visita.

Os familiares foram sensibilizados para a importância de se envolverem no processo educativo das crianças, valorizando o seu papel e as suas competências para que as crianças adquirissem novas aprendizagens. Conversou-se, individualmente, com cada um deles, sobre as competências que se espera que a criança adquirisse na etapa de desenvolvimento em que se encontrava. Nesse primeiro momento, foi-lhes também transmitido que nos dias de visita, lhes seriam providenciados materiais lúdicos e educativos aos quais poderiam recorrer para estimular a aprendizagem das crianças sobre as cores e os animais da quinta. Procurou-se, através de atividades orientadas e estruturadas, familiarizar as famílias com as tarefas que iriam realizar junto das crianças, levando-as a descobrir o interesse e a utilidade das aprendizagens para os seus filhos e a desenvolver a perceção de que podem ajudar a criança nesse processo.

No decorrer da nossa prática e considerando os objetivos, os meios e as estratégias definidas no planeamento deste projeto, foram organizadas três atividades tendo em consideração a especificidade de cada criança e respetivo agregado e adequando os meios às diferentes situações, inclusive, aos imprevistos que foram surgindo.

Conceção e execução das atividades

Atividade 1: Árvore de Natal da Família. A construção de símbolos alusivos à época Natalícia

A “Árvore de Natal da Família” consistiu numa atividade “quebra gelo” desenvolvida durante o período de visita dos familiares às crianças, com o objetivo de proporcionar um momento conjunto agradável, de interação com a família e, em simultâneo, perceber a receptividade existente por parte dos familiares a este tipo de dinâmicas.

A atividade teve a duração de duas semanas e decorreu nos seguintes moldes. Numa primeira fase, propusemos a atividade a cada uma das famílias com abertura suficiente para recusarem, caso não se sentissem à vontade. Explicámos que a atividade ocuparia apenas parte do período da visita - de forma a não comprometer a privacidade e intimidade a que as crianças e família têm direito - e consistiria na elaboração de alguns símbolos, alusivos ao natal, para colocar e enfeitar a Árvore de Natal da Família. Foi-lhes dada a possibilidade de apresentarem novas ideias e sugerirem materiais decorativos diferentes. Após esta primeira abordagem e mediante a receptividade manifestada, foram providenciados os recursos materiais necessários à realização da atividade. A sua elaboração exigiu a utilização de diversos materiais decorativos, nomeadamente, moldes de símbolos natalícios (bolas decoradas, anjos, árvores e botas de natal, estrelas cadentes); papel e cartolina colorida; cola; cola glitter, purpurinas, sprays, fita de florista, símbolos diversos, fios multicolores; cartão e tesoura.

Atividade 2: Animais da Quinta

A segunda atividade designada “Animais da Quinta” desenvolveu-se em três sessões e teve como principal objetivo trabalhar a identificação e distinção dos animais domésticos bem como os sons que emitem.

A atividade iniciou-se com a exploração de uma história-jogo sobre os diferentes animais, a partir da qual foi possível identificar e distinguir a figura e o som de cada um deles. Posteriormente, foram apresentadas figuras com a representação real dos animais domésticos - colocadas em cartões com tamanhos idênticos - e associado o respetivo som. No final desta sessão, os cartões foram expostos, em painel, no interior da sala de visitas ficando visíveis para todos os pais, crianças e colaboradores da CA.

Na segunda sessão, foram providenciadas fotocópias com a representação dos diferentes animais (em desenho a tracejado) e solicitado o seu contorno e preenchimento. Após concluído, as imagens foram recortadas e colocadas por debaixo da imagem correspondente no painel elaborado na primeira sessão.

A terceira sessão teve como principal objetivo estimular a criatividade e imaginação através da proposta da criação de um novo animal: o animal da família! Crianças e familiares recorreram aos

recortes das diferentes partes do corpo dos vários animais e construíram um só. Este novo animal foi, posteriormente, colado numa folha tamanho A5 e colocado no painel. No final da atividade, foi-lhe atribuído um nome. Este painel, exposto na sala de visitas, funcionou como instrumento educativo ao qual a família pôde recorrer durante as visitas para ajudar a criança a identificar e distinguir os diferentes animais, bem como o som que eles emitem.

Uma vez que a sala onde decorrem as visitas carece de elementos decorativos, e embora seja o espaço da família, não existe, no seu interior, elementos com os quais se identifiquem, as atividades tiveram, igualmente, o objetivo de (re)decorar o espaço.

Importa referir que, durante esta atividade, os familiares puderam recorrer a outros materiais lúdicos e didático-pedagógicos (jogos, fichas com exercícios de lógica e observação).

Atividade 3: Arco-íris Originais

A terceira atividade designada de “Arco-íris Originais” desenvolveu-se em, aproximadamente, quatro sessões e teve como principal objetivo trabalhar a identificação e distinção das cores primárias e secundárias.

A atividade iniciou com a exploração de três painéis com as cores primárias (vermelho, azul e amarelo) seguido do preenchimento de algumas imagens às quais os progenitores puderam recorrer para ajudar a criança a identificar as diferentes cores.

A seleção das imagens foi efetuada de acordo com objetos e alimentos presentes no quotidiano das crianças, de forma a que estas pudessem associar cada imagem à respetiva cor (sol – cor amarela; morango – cor vermelha, céu – cor azul). No desenvolvimento desta tarefa foram utilizados três copos, cada um, com uma quantidade significativa de lápis de cor (amarela, azul e vermelha) aos quais as crianças e famílias puderam recorrer.

Na segunda sessão foram, novamente, explorados os painéis iniciais e proposto, a cada agregado, a pintura da massa alimentar com recurso a pincel e tinta guache (amarela, azul e vermelha). Uma vez que a massa colorida necessita de um tempo de secagem e de forma a dar continuidade ao desenvolvimento da atividade, foram disponibilizados alguns jogos relacionados com as cores primárias.

As crianças que já identificam com facilidade as cores primárias, tiveram a possibilidade de explorar, misturar e conhecer as cores que resultam da fusão entre estas – cores secundárias (roxo, laranja e verde) – com as quais coloriram, também, a massa alimentar.

Na terceira sessão, deu-se início à construção das tiras decorativas de massa colorida recorrendo ao fio de pesca e a técnica de enfiamento, procedimento que promove o treino e desenvolvimento da motricidade fina das crianças. Cada tira foi colocada, de forma suspensa, no interior da sala de visitas, ficando visível para todas as crianças, familiares e colaboradores da CA.

Durante a sessão foi, ainda, apresentado o painel com a imagem do arco-íris, a partir do qual crianças e família puderam identificar as cores primárias e secundárias, bem como a ausência (cor branca) e junção de todas as cores (cor preta). De seguida, foram disponibilizadas fotocópias com a figura do arco-íris a colorir pelas crianças e família, com liberdade suficiente para inovar e criarem o “arco-íris original”. Ao longo das sessões, foram disponibilizadas algumas figuras (animais, objetos e alimentos) associadas às diferentes cores, que as crianças coloriram e colocaram no painel exposto na sala de visitas.

Importa referir que, à semelhança das anteriores, esta atividade se desenvolveu de forma diferenciada respeitando a especificidade e o ritmo de cada agregado familiar. No final das três atividades, todo o trabalho realizado pelas famílias e crianças durante o período de visita, foi organizado em caixas e entregue aos respetivos familiares.

Considerações Finais

A complexidade e multidimensionalidade dos fenómenos caraterísticos de um contexto de acolhimento residencial exige do Assistente Social, uma análise de conjunto, não só dos problemas e situações sociais, mas também dos diferentes fatores que contribuem para a sua (re) produção. De facto, a diversidade de problemáticas subjacente a uma situação de perigo exige que as Casas de Acolhimento estejam, cada vez mais, preparadas para lidar com as particularidades e especificidades de cada criança e respetiva família.

O acompanhamento diário do grupo de crianças que conhecemos e acompanhámos durante o estágio, permitiu-nos diagnosticar e refletir sobre algumas fragilidades da CA, nomeadamente no que diz respeito à preparação dos momentos de interação entre as crianças e a família biológica, aquando das visitas. Com efeito, e tendo constatado que os momentos de visita dos familiares se pautavam por escassas trocas emocionais e a quase ausência de estímulos considerados importantes para o desenvolvimento das crianças, procurámos conceber um plano de ação ao longo de quatro meses cuja avaliação nos permitiu equacionar algumas reflexões.

A abertura e confiança que entre nós e o grupo intervencionado se estabeleceu, ao longo do tempo, permitiu-nos conhecer alguns dos seus desejos, necessidades, crenças, dúvidas, receios e preocupações que, entre outras, se prendiam com o modo de funcionamento do sistema de promoção e proteção e com as práticas e procedimentos inerentes à situação de acolhimento. A escuta ativa aos familiares acompanhados, permitiu-nos constatar que os mesmos apresentam ideias preconcebidas e generalizadas a respeito do papel dos profissionais das CA, o que conduzia à sua desconfiança e resistência face à intervenção dos mesmos.

Por outro lado, o sentimento de auto-eficácia destes familiares, relativamente às competências parentais, revelou-se também fragilizado. O receio que os familiares revelavam sempre que lhes propúnhamos uma tarefa para desenvolver com as crianças, evidencia, quanto a nós, um sentimento de incapacidade e o medo de serem confrontadas com um novo fracasso.

Perspetivar um futuro diferente, torna-se difícil para progenitores cujas histórias de vida foram, em determinados momentos, desertas de referências de afeto, cuidado e segurança e/ou quando nem as necessidades básicas se encontram supridas. Invadidos por sentimentos de descrença, inferioridade e desvalorização, constroem representações sociais concordantes com a sua situação, o que se reflete na visão que têm sobre si, os outros e o mundo. Afinal, quem passa os dias a sobreviver, dificilmente, acreditará na possibilidade de um futuro melhor. Ao longo da realização das atividades, pudemos constatar que a pouca autonomia evidenciada por alguns dos progenitores na realização de determinadas tarefas, como por exemplo, no apoio à realização dos trabalhos de casa, não se deve à falta de disposição para ajudar, mas sim à incapacidade que os pais sentiam em prestar este apoio aos filhos. Esta limitação, muitas vezes, motivada pelas reduzidas habilitações literárias e pela ausência de orientação por parte dos profissionais, constitui um entrave à adoção de uma postura mais ativa dos pais na interação com as crianças. Foi por isso que durante a nossa intervenção tivemos o cuidado de evitar qualquer ação que pudesse reforçar a imagem negativa que muitos dos progenitores tinham sobre si próprios, assim como o sentimento de tristeza, inferioridade e humilhação que a situação de acolhimento da criança lhes causava. As atividades que desenvolvemos foram estruturadas tendo em conta as capacidades e competências das famílias, sob pena destas se sentirem incapazes de assumir as responsabilidades atribuídas na orientação das sessões. No entanto, apesar deste nosso cuidado, foi visível o desconforto e receio dos familiares selecionados em realizar a primeira atividade, tal como evidenciam as expressões que se seguem: *“eu não sei fazer essas coisas”*(cit); *“só quem está habituada a fazer isto é que consegue fazer bem e eu não estou habituada”*(cit).

Ainda que vá contra a verdadeira lógica de intervenção, as práticas das instituições e dos profissionais que prestam serviços sociais reforçam, não raras vezes, a inferioridade e humilhação sentida pelos indivíduos que se encontram em situação de desvantagem (Cuff & Payne, 1989). Efetivamente, o poder e sobreposição que os agentes sociais (públicos e privados), tantas vezes, evidenciam através da sua ação, reproduz no indivíduo a imagem de desvalorização (Gaulejac & Léonetti, 1994).

Uma intervenção efetiva das CA junto dos familiares exige, quanto a nós, que os profissionais sejam capazes de valorizar as capacidades e competências dos progenitores, o que requer, também, que sejam dadas oportunidades que favoreçam a aquisição e consolidação de aprendizagens.

O desafio, a nosso ver, é mesmo esse: o da equipa técnica ter uma postura colaborativa e educativa, não se assumindo com competências superiores aos pais, mas procurando utilizar estratégias que lhes permitam assumir as funções parentais que, por algum motivo e em algum momento, não foram capazes de realizar. Assim, é essencial que o acompanhamento seja realizado numa lógica de colaboração, partindo das opiniões, ideias e sentimentos das famílias, contribuindo para que estas se sintam compreendidas, respeitadas e aceites, percecionando o trabalho realizado pelos profissionais como uma resposta útil e positiva. Tal não será possível sem a construção de uma relação de proximidade, abertura e confiança que, dificilmente, se estabelecerá se não existir comprometimento, continuidade, sistematicidade, reflexividade, durabilidade e permanência nas relações desenvolvidas entre profissionais e progenitores.

Considerando o princípio da intervenção mínima⁹, sem descurar a importância que o CAFAP e outros serviços assumem no apoio ao exercício da parentalidade, seria fundamental que a própria Casa de Acolhimento (entidade privilegiada no contacto com as crianças e famílias) promovesse, junto da família, um trabalho contínuo de estimulação e desenvolvimento de competências parentais.

Nas famílias que acompanhámos, constatámos que o seu pouco envolvimento no processo educativo das crianças, em muito se deve à falta de oportunidades que os adultos tiveram ao longo do seu percurso de vida. Como pudemos verificar, apenas um adulto concluiu o 12º ano de escolaridade, sendo que os restantes apresentavam qualificações que variavam entre o 4º e o 6º ano de escolaridade. Por outro lado, a sua condição perante o trabalho leva-nos a registar a sua atual exclusão face ao mercado de trabalho.

⁹ O Princípio da intervenção mínima aponta para que a intervenção deva ser exercida, exclusivamente, pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo (art. 4º, lei nº142/2015, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo).

Por sua vez, o pouco investimento da CA na dimensão familiar não lhes criou a oportunidade, até então, de serem confrontados com a necessidade de responderem às necessidades educativas dos filhos, limitando-se a satisfazer aquelas que eram meramente instrumentais e com as quais, naturalmente, se deparavam durante o período de visita. O desconhecimento, por parte dos progenitores, relativamente às competências que se espera que as crianças adquiram na faixa etária em que se encontram são a constatação disso mesmo.

Quisemos, por isso, contribuir para que os progenitores fossem submetidos a uma nova realidade objetiva, que lhes permitisse estar mais conscientes das suas práticas educativas e compreender a necessidade de alterarem alguns dos seus comportamentos. A intervenção junto das famílias que acompanhamos procurou, por isso, promover o seu envolvimento no quotidiano das crianças, criando oportunidades de partilha de novas experiências e aprendizagens. Por outras palavras, procurou-se criar condições que permitissem aos progenitores compreender a importância do brincar, do tocar e do elogiar como meios de reforço positivo na criança, no sentido de fomentar nela a confiança e a segurança nas suas capacidades.

Uma outra conclusão que retirámos, é a de que a implicação dos progenitores na elaboração dos planos de intervenção é essencial para que estes tenham sucesso. É nossa convicção que estes planos deverão promover ações diversificadas que permitam aos progenitores assumir maior responsabilidade no processo de desenvolvimento das suas crianças, contribuindo para que as visitas constituam momentos de qualidade, afeto e aprendizagem. Obviamente que para (re)assumirem as suas funções não basta que os progenitores sejam submetidos a novos estímulos na CA. É, igualmente, necessário ativar as redes de apoio formal e informal da comunidade, no sentido de promover mudanças efetivas nas suas condições materiais de vida.

Porém, parece-nos importante aqui salientar a necessidade das Casas de Acolhimento investirem na intervenção com as famílias. Afinal, o bem-estar da criança passa, também, por manter uma relação saudável com a sua família e dotá-la de competências que lhe permitam exercer uma parentalidade positiva, aquando do regresso da criança ao meio familiar de origem.

Referências

Bourdieu, P. (1993). *La Misère du Monde*. Paris: Seuil

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002), *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Presença

- Canhão, A.M. (2007). *Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção das Situações de Risco e de Perigo para a Infância*, Revista Pretexto nº 28, p.10-12
- Cuff, E. C. & Payne G.C.F. (1989). *Perspectives in Sociology*. London: Unwin Hyman (texto traduzido e adaptado)
- Gaulejac V. & Léonetti I. T. (1994). *La lutte des places*, Paris:Epi. (tradução e adaptação)
- Guerra, I. (2002).*Fundamentos e processos de uma sociologia da acção : o planeamento em Ciências Sociais*. 2.ª ed. Cascais : Príncipia
- Santos, A., Santos, M. & Ribeiro, C. (2011), Novas Oportunidades Parentais. A formação parental para pais/cuidadores de crianças e jovens em risco. In Sampaio, D., Cruz, H. & Carvalho, M..J. (orgs), *Crianças e Jovens em Risco: a família no centro da intervenção*
Fundação Calouste Gulbenkian. Cascais: Príncipia Pag.251-280
- Strecht, P. (1997). *Crescer Vazio: Repercurssoes Psiquicas do Abandono Negligencia e Maus tratos em rianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2ª edição



Outros Temas | Other Themes

Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: atividades artístico-culturais e esportivas na promoção da saúde

Christina César Praça Brasil (1); Indara Cavalcante Bezerra (1); Raimunda Magalhães da Silva (1); Olívia Paulino Pinto (1); Izautina Vasconcelos de Sousa (1); Dayse Paixão e Vasconcelos (1)

1. Universidade de Fortaleza

Resumo

A situação de vulnerabilidade afeta a saúde de crianças e adolescentes, levando-os a acometimentos físicos, emocionais e/ou sociais. O lazer, o esporte e a cultura auxiliam na promoção do desenvolvimento social e possibilitam uma melhor qualidade de vida dessa população. Objetivou-se avaliar e refletir sobre a percepção de crianças e adolescentes de uma comunidade socialmente vulnerável sobre as contribuições das atividades artístico-culturais e esportivas para as condições de vida e saúde. Realizou-se estudo misto, descritivo e exploratório, de setembro a dezembro de 2018, por meio de questionário e entrevista semiestruturada. Participaram 34 crianças e adolescentes residentes na Comunidade do Dendê - Fortaleza, Ceará, Brasil, frequentadoras de atividades artístico-culturais e/ou esportivas. A análise dos dados respalda-se na Análise de Conteúdo na modalidade Temática e a interpretação é feita à luz das teorias sobre diagnóstico participativo e inclusão social. Os participantes relatam que estas atividades melhoram suas condições de vida e saúde, a partir das contribuições expressas nas seguintes temáticas: “melhoria da relação com a família”, “empoderamento da criança e do adolescente como cidadãos” e “benefícios à saúde”. As sugestões versaram sobre a criação de grupos de dança; voleibol, basquete e natação; e a oferta de cursos profissionalizantes. Os impactos positivos das atividades esportivas e artístico-culturais nas condições de vida e saúde são evidenciadas pelos participantes e vistas por eles como ações protetivas e promotoras da saúde. O estudo chama a atenção da iniciativa privada e das autoridades governamentais para investirem na ampliação de ações dessa natureza em comunidades socialmente vulneráveis.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Promoção da Saúde; Vulnerabilidade Social.

Considerações Iniciais

Mundialmente, populações que enfrentam condições de vida vulneráveis se encontram em posições desfavoráveis, em decorrência de múltiplos e complexos fatores que envolvem hierarquias sociais.

Essas pessoas possuem maiores fatores de risco para a morte e piores condições de saúde em relação àquelas que não vivem em condições vulneráveis (Roncarati et al., 2018).

A infância compreende a fase do desenvolvimento cujo ideário remete a cenários lúdicos, com momentos de alegria, brincadeiras e sem grandes preocupações. Na sequência, a adolescência envolve uma etapa evolutiva típica ao ser humano, constituindo um período importante no desenvolvimento, repleto de mudanças significativas (Silva & Lacordia, 2016; Silva et al., 2015).

Entretanto, é fato que muitas crianças e adolescentes não vivenciam a infância ou adolescência 'ideais', já que, por determinações de ordem econômica e social, sem acesso aos sistemas de seguridade social e saúde, suas vidas são atravessadas por miséria, violência (inclusive a sexual), e outros tipos de situações, tornando-as vulneráveis em distintas dimensões da vida (Silva & Lacordia, 2016; Fiorati, Carretta, Panúncio-Pinto, Kebbe, & Lobato, 2014).

Fonseca, Sena, Santos, Dias e Costa (2013) afirmam que a situação de vulnerabilidade pode afetar a saúde de crianças e adolescentes, levando-os a acometimentos físicos, emocionais e/ou sociais. Sousa et al. (2017) acrescentam que a violência, as práticas ilícitas e a ocupação do tempo com atividades indesejáveis, tipificadas em um contexto de vulnerabilidade, podem prejudicar o bem-estar e a saúde dessa população. Com efeito, as experiências vividas no seio social podem intervir diretamente na saúde de crianças e adolescentes (Silva et al., 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado no Brasil na década de 90, considera em seu artigo terceiro que a criança e o adolescente devem gozar de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e cabendo aos adultos o dever de prover estes direitos. O ECA assegura para crianças e adolescentes todas as oportunidades possíveis, com a finalidade de garantir o seu desenvolvimento biopsicossocial, espiritual e moral, em condições dignas e que promovam a liberdade (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1990; UNICEF, 2001).

Embora existam políticas de garantia da proteção social e da saúde, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2018) e das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010), prevalece um cenário de retração e violação dos direitos sociais que se distanciam das necessidades desse público-alvo.

Ressalta-se que a assuntos envolvendo crianças e adolescentes são pautas da Agenda 2030 acerca dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). As organizações que fazem parte dos ODS

destacam a necessidade de melhorias no acesso dessa população, principalmente dos mais desfavorecidos, às ações estratégicas para um mundo mais saudável (Malta, 2019). Dentre os ODS, no tocante às crianças e adolescentes, estão a erradicação da pobreza; a saúde e o bem estar; cidades e comunidades sustentáveis, com ênfase na necessidade de movimentos esportivos, artísticos e culturais (Nações Unidas, 2015)

Crianças e jovens que residem na rua ou passam parte expressiva do dia nessa situação podem tornar-se mais vulneráveis por ficarem expostos a muitos fatores de risco. Isto pode potencializar as chances de fracasso e evasão escolares, uso de drogas, ato sexual desprotegido, dentre outras situações perigosas e degradantes (Cortes, Dantas, & Cruz, 2015).

Aspectos de ordem social, emocional, cognitiva e de linguagem devem estar acessíveis para o desenvolvimento natural de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a promoção da saúde surge como espaço privilegiado, podendo estimular, por exemplo, atividades artístico-culturais, as quais, por sua vez, potencializam as dimensões social e criativa, juntamente com a construção de conhecimentos e a ativação de relações interativas que reforçam a qualidade de vida (Morés & Silveira, 2013).

Desenvolver intervenções inovadoras sincronizadas com um paradigma de promoção da saúde representa um grande desafio (Malta, 2019; Sousa et al., 2019). Os programas socioeducativos realizados nos contraturno da escola têm impacto direto na promoção de habilidades pessoais e sociais de crianças e adolescentes, além de preencherem o vazio existente entre a escola e as ruas. Estudo realizado por Durlak, Weissberg e Pachan (2010) demonstrou melhorias em comportamentos sociais, autopercepção e desempenho escolar dos participantes, assim como a redução de problemas comportamentais.

Acontecimentos traumáticos na infância podem deixar marcas para toda a vida. Por outro lado, relações de afeto, cuidado e proteção, como alimentação saudável, gosto pela leitura e atividade física, estimulam boas práticas ao longo da existência (Silva & Lacordia, 2016).

No bojo dessas considerações fica evidente a priorização de estratégias que fortaleçam a criança e o adolescente diante dos contextos de negação de seus direitos, para que haja a possibilidade de ressignificação de suas vidas. Assim tem atuado o projeto “Facebook como ferramenta de apoio ao diagnóstico participativo em saúde”, por meio do qual ações de enfrentamento dos problemas de uma comunidade socialmente vulneráveis têm sido propostas, discutidas e implementadas.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de acompanhamento das crianças e adolescentes da referida comunidade inseridos em atividades artístico-culturais e esportivas, bem como conhecer os impactos dessa estratégia nas suas condições de vida e de saúde.

Diante do exposto, objetivou-se avaliar e refletir sobre a percepção de crianças e adolescentes de uma comunidade socialmente vulnerável sobre as contribuições das atividades artístico-culturais e esportivas para as condições de vida e saúde.

Método

Realizou-se um estudo misto, descritivo e exploratório, envolvendo 34 crianças e adolescentes residentes na “Comunidade do Dendê”, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Destaca-se que a amostra foi constituída por conveniência, a partir de convite feito aos participantes dos grupos artístico-culturais da comunidade em estudo.

Os participantes compreenderam três crianças (menores de 11 anos) e 31 adolescentes (de 11 a 19 anos) frequentadoras de atividades artístico-culturais (quadrilha) e/ou esportivas (capoeira, futsal e taekwondo) promovidas pela Associação de Moradores e/ou pela iniciativa privada. O convite para a participação foi realizado pela pesquisadora no dia das atividades dos grupos.

A pesquisa realizou-se, de setembro a dezembro de 2018, na Comunidade do Dendê, situada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza, Ceará, no Nordeste do Brasil. O bairro tem mais de 22.110 habitantes (Fortaleza, 2010) e uma história marcada por contrastes e desigualdades sociais. As primeiras famílias que habitaram essa comunidade foram removidas de outras favelas de Fortaleza, caracterizando uma população de baixa renda.

Após a verificação do perfil dos participantes (idade, sexo, escolaridade, tipo de escola – pública ou privada), por meio de um questionário, realizou-se uma entrevista semi-estruturada, com duração aproximada de 30 minutos, a qual foi gravada e realizada em ambiente reservado. O roteiro de entrevista continha perguntas norteadoras acerca da importância atribuída à realização das atividades artístico-culturais e esportivas para a promoção da saúde de crianças e adolescentes da comunidade.

Após a aplicação das entrevistas, o material foi transcrito e analisado com respaldo na Análise de Conteúdo na modalidade Temática. Nesse percurso, fez-se a leitura em profundidade, perpassando-se pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2013).

A Análise de Conteúdo constitui um método de análise de dados que busca os sentidos das informações obtidas, a partir de relatos de indivíduos, grupos, documentos, entre outros recursos, a respeito do tema em questão. Nesse sentido, Chizzotti, (2006, p. 98) aponta que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Assim, foram evidenciadas três temáticas que expressam o sentimento de privilégio dos participantes por terem sido inclusos nessas atividades e as contribuições advindas dessa estratégia.

A interpretação foi feita à luz das teorias sobre diagnóstico participativo e inclusão social (Nelson, Folhes, & Finan, 2009). O Diagnóstico Participativo (DP) é uma estratégia que possibilita a participação da sociedade em ações de planejamento e implantação das políticas públicas (Ribeiro, Pedrosa, & Nogueira, 2012).

O conceito de participação nessa estratégia diz respeito a co-participação e a divisão de poder nas decisões de interesse de uma determinada comunidade, em que os moradores exercem algum controle sobre o processo de execução e avaliação dos resultados. Nesse sentido, participar consiste em tomar parte das decisões e ser parte dos resultados (Gomes, Souza, & Carvalho, 2000).

O estudo conta com a aprovação do Comitê de Ética sob o parecer nº1.146.837.

Resultados e Discussão

A média de idade dos participantes foi de 16 anos. Quanto ao sexo, 15 eram do sexo feminino e 19, do sexo masculino. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental completo e incompleto¹.

¹ Divisão do sistema educacional brasileiro: educação Infantil (duração de 7 anos, com alunos de 0 a 6 anos); ensino fundamental (duração de 9 anos, com alunos de 6 a 14 anos); e ensino médio (duração de 3 anos, com alunos de 15 a 17 anos).

Tabela 1: Distribuição do número de participantes, segundo características variáveis, Fortaleza-CE, setembro a dezembro/ 2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária (n=34)		
Crianças (9 a 10 anos)	03	8,9
Adolescente (11 a 19 anos)	31	91,1
Sexo (n=34)		
Feminino	15	55,8
Masculino	19	44,2
Escolaridade (n=34)		
Ensino Fundamental incompleto	15	44,1
Ensino Fundamental completo	06	17,6
Ensino Médio incompleto	06	17,6
Ensino Médio completo	06	17,6
Ensino Superior incompleto	01	3,1
Tipo de Escola		
Pública	31	91,1
Privada	03	8,9

A comunidade apresenta indicadores de vulnerabilidade social como violência, falta de saneamento básico e condições precárias de moradia em algumas áreas conforme mostram os estudos de Moreira, Nations, & Alves (2007) e Sousa et al. (2019). A Associação dos Moradores da Comunidade do Dendê surgiu nos anos 80, quando a população local formou lideranças em busca de melhores condições de vida (Sousa et al., 2017).

A infância e a adolescência são fases da vida em que tudo o que acontece no ambiente familiar ou no território onde se vive deve ser considerado como importante para o desenvolvimento, estando estas condições diretamente relacionadas a promoção da saúde (Malta, 2019). Dessa forma, as crianças e os adolescentes que vivem em condições mais vulneráveis apresentam necessidade maior de investimento social, como é o caso dos que habitam na Comunidade do Dendê.

Portanto, é importante oferecer a essa população ferramentas que favoreçam novas práticas voltadas ao enfrentamento da vulnerabilidade social, possibilitando o acesso ao lazer, ao esporte e à cultura, levando ao distanciamento do contexto da violência, do mundo da drogas e trazendo-os para o meio familiar e escolar, a exemplo do que mostra a Figura 1.

Figura 1 – Grupo de capoeira infanto-juvenil



Fonte: Acervo da pesquisa (2018)

De acordo com Silva e Costa (2011), tem ocorrido, de forma crescente, o surgimento de projetos sociais cujo foco principal é a prática de atividade física, em que as crianças e os jovens têm acesso a condições e oportunidades que possivelmente não teriam em outra situação devido à falta de ambientes adequados.

As atividades físicas são importantes aliadas para o desenvolvimento humano, visto que, por meio delas, impetram-se benefícios que vão desde o crescimento e a melhora de habilidades motoras, até a socialização e a melhora do autoconceito (Silva & Lacordia, 2016). Outros autores corroboram nesse sentido, conforme evidenciado a seguir:

O reconhecimento do esporte como canal de socialização positiva ou inclusão social, é revelado pelo crescente número de projetos esportivos destinados aos jovens das classes populares, financiados por instituições governamentais e privadas. Na literatura de Educação Física, Esportes, Lazer, Sociologia e em outras áreas, são apresentadas indicações dos benefícios proporcionados pela prática regular de esportes, na formação moral ou da personalidade dos seus praticantes (Cortes et al., 2015, p. 109).

Além das atividades físicas, as ações apoiadas na arte ou arte/educação, entendidas como todo e qualquer trabalho consciente para desenvolver a relação entre pessoas com a arte, são de grande relevância para o aumento da percepção, imaginação e capacidade crítica, uma vez que permitem aos envolvidos avaliarem a realidade percebida e o conseqüente alargamento da criatividade (Barbosa, 2012).

Do mesmo modo, atividades culturais, dentre elas o teatro, a música e a dança (Figura 2), junto com o esporte e o lazer (além da sua conhecida função no desenvolvimento psicomotor), atuam como estratégias de desenvolvimento pessoal, de socialização e de prevenção da violência (Lemos et al., 2017; UNICEF, 2002). Nessa perspectiva, o lazer, o esporte e a cultura desempenham papel fundamental, pois auxiliam na promoção do desenvolvimento social e possibilitam uma melhor qualidade de vida e de saúde de crianças e adolescentes (Silva & Costa, 2011).

Figura 2 – Grupo de quadrilha juvenil da Comunidade do Dendê



Fonte: Acervo da pesquisa (2018)

Para o campo da saúde pública e medicina preventiva, realizar atividade física na infância e na adolescência denota estabelecer uma base concreta para a diminuição do sedentarismo na idade adulta, cooperando desta forma para uma melhor qualidade de vida (Silva & Lacordia, 2016).

Na comunidade analisada neste estudo, a maioria dos respondentes (20) definiu saúde como elemento essencial à vida. A Associação de Moradores da referida comunidade, em parceria com outras entidades de apoio, promovem atividades artístico-culturais (quadrilhas juninas) e esportivas (capoeira, futsal e taekwondo), em que as crianças e adolescentes são frequentadoras.

Os 34 participantes deste estudo sentiram-se privilegiados por terem sido inclusos nessas atividades, relatando melhoria em suas condições de vida e saúde, conforme expressas nas categorias que emergiram das entrevistas, quais sejam: “melhoria da relação com a família” (6 participantes); “empoderamento da criança e do adolescente como cidadãos” (4 participantes), e “benefícios à saúde” (20 participantes).

Entretanto, essas iniciativas parecem não abranger toda a comunidade, já que todos os participantes (34) afirmaram que os problemas da comunidade causam o sentimento de adoecimento por não favorecerem boas condições de vida, e incluíram no rol de problemas, a escassez de oportunidades de lazer, esporte e cultura para a maioria dos jovens e crianças da comunidade.

Nesse sentido, Silveira, Reis, Santos, Borges e Fonseca (2012) afirmam que crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, no Brasil, enfrentam problemas graves, quando estes esperam de instituições sociais suportes de enfrentamento. Isto decorre da falta de recursos materiais, técnicos e humanos, comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

Observou-se que as atividades mais frequentadas na Comunidade do Dendê foram quadrilha e futsal, com 10 e 11 participantes, respectivamente. Com efeito, as atividades desenvolvidas funcionam como estratégias propulsoras para uma vida com mais qualidade, gerando satisfação para aqueles que participam.

De acordo com Silva e Lacordia (2016), numerosos benefícios já foram provados com relação a atividade física, quando exercida desde a infância. Dentre estes benefícios, destacam-se: diminuição de sintomas depressivos e ansiedade; além da proteção contra as doenças crônico-degenerativas, especialmente as de origem cardiovascular. Ceschini, Andrade, Oliveira, Araújo Júnior e Matsudo (2009) também comentam acerca dos benefícios clínicos promovidos pela prática regular da atividade física na infância e na adolescência. Destacam, ainda, a importância desta para o crescimento, o que possibilita o desenvolvimento das funções cardiovasculares, metabólicas, músculo-esqueléticas, além de auxiliar no controle e na redução da adiposidade corporal.

Dessa maneira, um estilo de vida saudável está ligado a uma vida longe do sedentarismo e também a outros fatores, como uma boa alimentação e um sono adequado. Assim, a atividade física regular, quando bem dirigida, pode auxiliar na prevenção e no tratamento de inúmeras doenças, ocasionando bem-estar e melhoria nos fatores sociais e psicológicos (Silva & Lacordia, 2016).

Há evidências do valor da prática esportiva na formação e no desenvolvimento humano da população, destacando seus valores morais, psicológicos e sociais, além de favorecer a prevenção de doenças crônico-degenerativas, desagregação familiar e hábitos nocivos, tais como o álcool, o fumo, as drogas e a marginalização (Cortes et al., 2015).

Para Silva e Costa (2011), a prática regular da atividade física, além de proporcionar benefícios à saúde, ainda estabelece uma forma efetiva de prevenção de futuras doenças. Em relação às crianças e adolescentes, a atividade física exerce papel essencial tanto na condição física, como psicológica e

mental, aumentando a autoestima, a aceitação social e a percepção de bem-estar.. Nesse âmbito, a UNICEF afirma:

...os investimentos na criança são mais eficientes e garantem retornos maiores do que qualquer outro investimento público ou privado. Crianças com acesso à boa nutrição, campanhas de imunização, água limpa, saneamento adequado e educação de qualidade estão mais aptas a aproveitar suas oportunidades de educação e de serviços sociais, tornando-se ainda mais saudáveis e capazes de contribuir para o bem-estar de suas comunidades (UNICEF, 2001, p. 18).

Para Meirelles e Ruzany (2008), as atividades de promoção de saúde direcionadas à população jovem tornam-se mais eficazes quando desenvolvidas numa expectativa de saúde coletiva, pois compreendem o indivíduo a partir de seu contexto, facilitando, com isso, a abordagem de diversos problemas, como uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, dentre outros, proporcionando intervenções que permitem ao jovem adquirir competência e segurança no empoderamento e auto gestão de sua vida. Nesse sentido, Cortes et al. (2015) ressaltam a importância de oportunizar espaços permanentes de transformações, colaborando na formação de competências cognitivas, pessoais, sociais e produtivas, na busca da promoção do desenvolvimento humano.

Quando indagados sobre quais outras atividades deveriam ser realizadas, as sugestões dos participantes versaram, com o apoio de instituições parceiras, sobre a criação de grupos de dança (4 participantes); de *voleiball*, basquete e natação (15 participantes); e a oferta de cursos profissionalizantes (11 participantes).

O ECA afirma que é dever da família, comunidade, sociedade em geral e poder público, tratar como prioridade a efetivação de ações que promovam o acesso de crianças e adolescente à saúde, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade e à convivência comunitária, dentre outros (UNICEF, 1990; 2001). Em seu artigo 4º, é dever da família, comunidade, sociedade em geral e do poder público assegurar a geração de oportunidades e profissionalização dos jovens, colocando oficinas e cursos, como ferramentas produtoras de oportunidades e redutora das iniquidades (Brasil, 1990).

Nesse sentido, o Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], o adolescente necessita de espaços onde possa conviver com seus amigos, robustecer sua aprendizagem, gastar sua energia, praticar a criatividade e se brincar. No esporte, por exemplo, o adolescente aprende a atuar em

equipe, a aceitar e a suplantar seus limites, a acolher a derrota e a respeitar o outro. Assim, a UNICEF entende que é primordial criar espaços que ofereçam atividades educativas, culturais e esportivas (UNICEF, 2002).

No bojo dessas considerações, evidencia-se que o direito ao esporte, ao lazer e à cultura é fundamental, devendo ser materializado enquanto política pública, ante uma lógica de benefícios multidimensionais, socialmente saudável, de caráter integrador, desenvolvidor de habilidades e práticas saudáveis, que devem ser amplamente disseminadas e estimuladas pelas políticas públicas e apoiadas pela sociedade.

Em síntese, vale ressaltar a importância da compreensão de que crianças e adolescentes devem ser protagonistas de suas escolhas e decisões, e que a arte, a cultura e prática de atividade física devem ser oferecidas e estimuladas, mas nunca impostas, devendo ser transmitidas como fio condutor que os impulsionará ao empoderamento individual e social, além da incorporação de outros benefícios biopsicossociais.

Considerações Finais

Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade apresentam necessidades específicas em termos de proteção e estímulo ao desenvolvimento. As atividades de caráter artístico-cultural e esportivas podem ser consideradas como promotoras de espaços de construção saudáveis do ser social, uma vez que os impactos positivos nas condições de vida e saúde são evidenciados pelos participantes e pela literatura científica.

As ações realizadas pela comunidade têm a possibilidade de diminuir as vulnerabilidades e desigualdades existentes no cotidiano desses sujeitos, por meio do desenvolvimento de ações sociais que são iniciadas pelos próprios moradores dessas comunidades, visto que só é possível criar uma comunidade saudável e sustentável a partir de ações dessa natureza.

Articular parcerias contínuas entre a comunidade, por meio de suas associações de interesses diversos, com a iniciativa privada e autoridades governamentais, como as organizações sociais, se faz necessário. Isto auxilia no sentido de somar esforços para a ampliação de ações promotoras de saúde em comunidades socialmente vulneráveis, no intuito de reduzir as diferenças e promover políticas de equidade.

Por fim, urge que os olhares se voltem para a melhoria na qualidade de vida e perspectivas mais promissoras para as crianças e adolescentes que ocuparão, em um futuro próximo, os espaços constitutivos da sociedade.

Referências

- Barbosa, A. M. (2012). Arte-Educação no Brasil. *Estudos Avançados*, 3(7), 170-182. doi:10.1590/S0103-40141989000300010
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990*.
- Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ceschini, F. L., Andrade, D. R., Oliveira, L. C., Araújo, J. F., Júnior, & Matsudo, V. K. R. (2009). Prevalência de inatividade física e fatores associados em estudantes do ensino médio de escolas públicas estaduais. *Jornal de Pediatria*, 85(4), 301-306. doi: 10.1590/S0021-75572009000400006
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez.
- Cortes, E. D., Neto, Dantas, M. M., & Cruz, M. E. M. (2015). Benefícios dos projetos sociais esportivos em crianças e adolescentes. *Saúde & Transformação Social*, 6(3), 109-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265345667012>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. O., & Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45, 294-309.
- Fiorati, R. C., Carretta, R. Y. D., Panúncio-Pinto, M. P., Kebbe, L. M., & Lobato, B. C. (2014). População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. *Saúde Soc*, 23(14), 58-70.
- Fonseca, F. F., Sena, R., K. R., Santos, R. L. A. dos, Dias, O. V., & Costa, S. de M. (2013). As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 258-264. doi:10.1590/S0103-05822013000200019
- Fortaleza. Prefeitura Municipal. (2010). *Desenvolvimento humano, por bairro em Fortaleza*. Recuperado de http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2392/livreto_idhb_fortaleza_1.pdf
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). (2001). *Relatório Situação da infância brasileira*. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10334.htm
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). (2002). *Relatório Fazer Valer os Direitos das Crianças e dos Adolescentes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/pt/SIB1.pdf>
- Gomes, M. A. O., Souza, A. V. A. de, & Carvalho, R. S. de. (2000). Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) como mitigador de impactos socioeconômicos em empreendimentos agropecuários. *Informe Agropecuário*, 21(202), 110-119.

- Lemos, F. C. S., Galindo, D. C. G., Brito, J. A. de, Neto, Reis, L. P., Júnior, Nogueira, T., & Arruda, A. B. (2017). Práticas de esporte, lazer e cultura do UNICEF. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 2-8. doi:10.22409/1984-0292/v29i1/1009
- Malta, D. C. (2019). Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 348. doi: 10.1590/141381232018242.32412018
- Meirelles, Z. V., & Ruzany, M. H. (2008). Promoção de saúde e Protagonismo Juvenil. *Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades*, 1(1),35-40. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2013). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis: Vozes.
- Moreira, T. P., Nations, M. K., & Alves, M. S. C. F. (2007). Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1383-1392. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600013>
- Morés, F. B., & Silveira, E. (2013). Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. *Saúde em Debate*, 37(97), 241-250.
- Nações Unidas. (2015). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>
- Nelson, D. R., Folhes, M. T., & Finan, T. J. (2009). Mapping the road to development: A methodology for scaling up participation in policy processes. *Development in Practice*, 19(3), 302-316.
- Ribeiro, P. da C., Pedrosa, J. I. dos S., & Nogueira, M. F. de S. (2012). Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da Estratégia Saúde da Família. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 161-174.
- Roncarati, J. S., Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Hwang, S. W., Cook, E. F., Krieger, N., & Sorensen, G. (2018). Mortality Among Unsheltered Homeless Adults in Boston, Massachusetts, 2000-2009. *JAMA Internal Medicine*, 178(9),1242-1248. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2924
- Silva, A. R. S., Monteiro, E. M. L. M., De Lima, L. S., Cavalcanti, A. M. T. de S., Brandão, W., Neto, & De Aquino, J. M. (2015). Políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar: concepção de gestores. *Enfermería Global*, 14(37), 268-285. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_administracion1.pdf
- Silva, L. C. da, & Lacordia, R. C. (2016). Atividade física na infância, seus benefícios e as implicações na vida adulta, *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*, 21(1), 1-24. Recuperado de <http://re.granbery.edu.br>
- Silva, P. V. C., & Costa, Á. L., Júnior. (2011). Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicol. Argum, Curitiba*, 64(29), 41-50. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321279967_Efeitos_da_atividade_fisica_para_a_saude_de_crianças_e_adolescentes/download
- Silveira, R. E. da, Reis, N. A. dos, Santos, Á. da S., Borges, M. R., & Fonseca, A. da S. (2012). Oficinas com professores: Educação em saúde para o manejo com adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(Spe.2), 169-174. doi:10.1590/S0103-21002012000900027
- Sousa, I. V. de, Brasil, C. C. P., Silva, R. M. da, Vasconcelos, D. P. e, Silva, K. A., Bezerra, I. N., & Finan, T. J. (2017). Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 3945-3954. doi: 10.1590/1413-812320172212.25012017
- Sousa, I. V. de, Brasil, C. C. P., Silva, R. M. da, Vasconcelos, D. P. e, Vasconcelos, J. E. de, Filho, Finan, T. J., ... Pinheiro, C. P. O. (2019). Enfrentamento de problemas que impactam na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável sob a ótica dos moradores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5),1647-1656. doi: 10.1590/1413-81232018245.0439201

Vigilância epidemiológica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana nas crianças no Brasil

Andrea Stopiglia Guedes Braide (1); Artur Paiva dos Santos (2); Jose Manuel Peixoto Caldas (3); Marcia Cardinalle Correia Viana (4); Monica Cordeiro Ximenes (4); Henrique Barros (5)

1- Instituto de Saude Publica do Porto (ISPUP)

2- Faculdade Federal do Ceará (UFC)

3-Faculdade de Medicina do Porto / ISPUP;

4- Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS

5- Instituto de Saude Publica da Universidade do Porto (ISPUP) - Faculdade de Medicina do Porto

Resumo

Atualmente, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a aids, em todas faixas etárias, inclusive criança exposta, são de notificação compulsória, sendo que a notificação de infecção pelo VIH passou a fazer parte dessa lista em 2014 no Brasil. Entretanto, a subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) traz importantes implicações para a resposta ao VIH/aids na população de crianças, com a ausência de registro de notificação o impacto é negativo na programação orçamentária, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos, serviços de laboratório e assistência, dentre outras ações de vigilância. Este estudo busca descrever o cenário epidemiológico da infecção pelo VIH/aids em menores de cinco anos no Brasil por meio de uma pesquisa documental realizada no segundo semestre do ano de 2018. Os dados foram colhidos do Boletim Epidemiológico VIH/Aids de 2017 do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do VIH/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), publicado anualmente. Este documento descreve o cenário epidemiológico da infecção, apresentando informações e análises sobre os casos de VIH/aids no Brasil de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos. O Boletim encontra-se disponível para acesso público. As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações no Sinan, além de dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do qual são selecionados os óbitos cuja causa básica foi o VIH/aids (CID10: B20 a B24); do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel); e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), aos quais todos os indivíduos registrados nesses sistemas são relacionados. Observou-se tendência de queda na taxa para o Brasil nos últimos dez anos, que passou de 3,6

casos/100.000 habitantes em 2006 para 2,4 casos/100.000 habitantes em 2016, o que corresponde a uma queda de 34%. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste também apresentaram tendência de queda nessa taxa, com diminuição de 51,4%, 49,2% e 40,0%, respectivamente, na comparação entre 2006 e 2016. A região Nordeste apresentou um leve aumento na taxa de detecção de aids em menores de cinco anos: 8,7%, passando de 2,3 casos por 100 mil habitantes em 2006 para 2,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. A região Norte apresentou uma discreta redução, de 16,7%, passando de 4,2 em 2006 para 3,5 casos/100 mil hab. em 2016. De acordo com o documento de notificação a taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador proxy para o monitoramento da transmissão vertical do VIH. O VIH/aids, na primeira geração infectada pelo vírus por transmissão vertical, é um desafio emergente de saúde pública, pautado na busca da saúde integral, na infância.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica. Criança. VIH/aids. Brasil

Introdução

As crianças e os adolescentes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) apresentam demandas específicas de sua condição sorológica, fazem uso contínuo de medicamentos para sobreviver, requerem demanda de educação em saúde para a família ou o responsável pelo cuidado cotidiano, entre outras justificativas de sua necessidade especial de saúde (Motta et al., 2012).

No Brasil, percebe-se a concentração desses casos em regiões de desigualdade social, o que evidencia a relação com as condições socioeconômicas e suas disparidades em saúde (Barcellos, Acosta & Lisboa, 2009; Stephan, Henn, & Donalisio, 2010). Nos países subdesenvolvidos, onde está concentrada a maior parte dos casos da doença, a infecção de jovens e crianças é alvo de preocupação governamental. Tal aspecto reforça a necessidade de incorporação de indicadores socioeconômicos especializados no território nos estudos de saúde da população, haja vista que constituem importantes ferramentas para subsidiar políticas e práticas de promoção da saúde que possibilitem a identificação de áreas de maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH, com vistas ao direcionamento de intervenções mais efetivas (Lopes et al., 2015).

Para isso a análise descritiva tem se mostrado como uma importante ferramenta para compreensão da distribuição de doenças no território e sua relação com fatores sociodemográficos, e os estudos ecológicos são essenciais tanto ao diagnóstico das tendências da epidemia quanto à proposição de

estratégias preventivas (Lopes et al., 2015). Visto isso, o presente estudo objetivou analisar a epidemiologia da infecção pelo VIH em crianças no Brasil nos últimos cinco anos.

Método

Desenvolveu-se um estudo ecológico de abordagem descritiva quantitativa com dados obtidos por meio de acesso público ao DATASUS. Foi realizado um recorte dos últimos cinco anos, analisando o número de casos quanto ao sexo, raça/cor da pele, regiões nacionais e origem da obtenção dos dados, na qual dispomos de três fontes: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

Foram analisados os dados agregados do quantitativo de casos notificados entre crianças e jovens com idade menor que 1 ano a 13 anos. Os dados estão apresentados por meio de tabelas com contagem absoluta e relativa.

Por tratar-se de informações de acesso público, sem identificação individualizada dos participantes, houve a dispensa da apreciação por comissão ética.

Resultados

A tabela 1 mostra a distribuição dos casos de infecção por VIH no Brasil por regiões nacionais. Dentre as crianças de 1 a 13 anos de idade, de 2.314 casos notificados, o maior percentual foi na região sudeste (31%).

Tabela 1 – Distribuição dos casos confirmados de infecção por VIH (2014-2018) no Brasil por regiões nacionais

I d a d e detalhada	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro- Oeste	Total
menor de 01 ano	106	202	288	130	37	763
01 ano	46	73	62	44	18	243
02 anos	49	85	57	34	10	235
03 anos	34	76	59	38	5	212
04 anos	36	46	40	41	8	171
05 anos	28	38	48	36	8	158
06 anos	14	20	13	10	3	60
07 anos	14	22	20	7	1	64
08 anos	16	25	14	13	0	68
09 anos	13	19	13	11	2	58
10 anos	7	15	27	18	4	71
11 anos	12	15	21	23	0	71
12 anos	13	15	26	17	2	73
13 anos	9	18	20	19	1	67
TOTAL	397	669	708	441	99	2.314
%	17%	29%	31%	19%	4%	100%

A tabela 2 mostra a distribuição dos casos de infecção por VIH no Brasil por sexo. Quanto ao sexo houve maior prevalência para crianças do sexo feminino (52%).

Tabela 2 – Distribuição dos casos confirmados de infecção por VIH (2014-2018) no Brasil por sexo

Idade detalhada	Masculino	Feminino	Em Branco	Total
menor de 01 ano	383	372	8	763
01 ano	112	131	0	243
02 anos	115	120	0	235
03 anos	99	113	0	212
04 anos	77	94	0	171
05 anos	73	85	0	158
06 anos	23	37	0	60
07 anos	33	31	0	64
08 anos	34	34	0	68
09 anos	26	32	0	58
10 anos	28	43	0	71
11 anos	25	46	0	71
12 anos	32	41	0	73
13 anos	32	35	0	67
TOTAL	1.092	1.214	8	2.314
%	47%	52%	1,0%	100%

A tabela 3 mostra a distribuição dos casos de infecção por VIH no Brasil por raça/cor da pele. Em relação a essa categoria a maior prevalência foi para crianças pardas (25%), vale destacar o elevado percentual de casos ignorados (58%).

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de infecção por VIH (2014-2018) no Brasil por raça/ cor da pele

I d a d e detalhada	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
menor de 01 ano	86	10	0	107	1	559	763
01 ano	43	10	1	72	2	115	243
02 anos	30	18	1	83	0	103	235
03 anos	22	5	0	58	2	125	212
04 anos	13	8	0	44	0	106	171
05 anos	18	6	0	33	0	101	158
06 anos	11	2	0	23	0	24	60
07 anos	14	3	0	19	0	28	64
08 anos	6	2	0	23	0	37	68
09 anos	11	5	0	20	0	22	58
10 anos	11	5	0	18	1	36	71
11 anos	9	8	0	20	1	33	71
12 anos	18	5	0	26	0	24	73
13 anos	12	6	0	23	0	26	67
TOTAL	304	93	2	569	7	1.339	2.314
%	12,6%	4%	0,1%	25%	0,3%	58%	100%

A tabela 4 mostra a distribuição dos casos de infecção por VIH no Brasil por fonte de informação da notificação. Quanto a fonte de informação, para essa faixa etária, a maior prevalência foi para o SISCEL (47%), vale destacar que esta análise se refere aos últimos 5 anos.

Tabela 4 – Distribuição dos casos confirmados de infecção por VIH (2014-2018) no Brasil por fonte de informação da notificação

Idade detalhada	SINAN	SIM	SISCEL	Total
menor de 01 ano	229	142	392	763
01 ano	138	9	96	243
02 anos	140	3	92	235
03 anos	92	2	118	212
04 anos	67	4	100	171
05 anos	61	3	94	158
06 anos	37	2	21	60
07 anos	39	4	21	64
08 anos	34	2	32	68
09 anos	37	7	14	58
10 anos	37	0	34	71
11 anos	41	0	30	71
12 anos	50	0	23	73
13 anos	43	1	23	67
TOTAL	1.045	179	1.090	2.314
%	45%	8%	47%	100%

Conclusão

Percebe-se, em termos de conclusão, que a maior concentração dos casos notificados de 2014 a 2018 foi na região sudeste, região essa com maior densidade populacional. Ocorreu um predomínio de notificações entre crianças do sexo feminino e pardas. E o SISCEL mostrou-se importante ferramenta na identificação dos casos nessa faixa etária. Vale salientar a importância da notificação dos casos por profissionais de saúde dos serviços públicos e privados para que o cenário dos indicadores epidemiológicos possa aproximar-se do contexto real e políticas possam ser implantadas e implementadas de forma mais equitativa.

Referências

Motta, Maria da Graça Corso da, Pedro, Eva Neri Rubim, Neves, Eliane Tatsch, Issi, Helena Becker, Ribeiro, Nair Regina Ritter, Wachholz, Neiva Isabel Raffo, Greff, Aramita Prates, Ribeiro, Aline Cammarano, Paula, Cristiane Cardoso de, Coelho, Débora Fernandes, Padoin, Stela Maris de Mello, Kreitchmann, Regis, Krueel, Aline Goulart, & Poletto, Paula Manoela Batista. (2012). Child with VIH/AIDS: perception of the antiretroviral treatment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 48-55. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400006>

- Barcellos, Christovam, Acosta, Lisiane Morelia Weide, Lisboa, Eugenio, & Bastos, Francisco Inácio. (2009). Surveillance of mother-to-child VIH transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 1006-1014. Epub December 04, 2009. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000070>
- Stephan, Celso, Henn, Carlos Alberto, & Donalisio, Maria Rita. (2010). Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 812-819. Epub September 08, 2010. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000035>
- Lopes, Emeline Moura, Pedrosa, Nathália Lima, Holanda, Eliane Rolim de, Almeida, Rosa Lívia Freitas, Kerr, Lígia Regina Franco Sansigolo, & Galvão, Marli Teresinha Gimenez. (2015). AIDS em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9), 2005-2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074514>