

# O outro lado das birras

## Alterações de comportamento na 1.<sup>a</sup> infância

OTÍLIA QUEIRÓS (\*)  
TERESA GOLDSCHMIDT (\*)  
SARA ALMEIDA (\*\*)  
MARIA JOSÉ GONÇALVES (\*)

### 1. INTRODUÇÃO

Na 1.<sup>a</sup> infância a delimitação clara de quadros clínicos coloca algumas dificuldades devido às modificações rápidas do desenvolvimento, à falta de especificidade dos factores causais e ao contributo das perturbações relacionais para a patologia da criança. Mais importante do que as manifestações clínicas, é o nível de funcionamento das estruturas psíquicas, nomeadamente a organização do Self e o desenvolvimento do Eu, que é importante avaliar nestas situações.

As birras são uma manifestação que caracteriza um desenvolvimento psico-afectivo normal. A total ausência de birras numa criança é um sinal de alarme, uma vez que sugere a existência de dificuldades a nível do processo de separação/individuação. Contudo as birras incontroláveis, assim como a agressividade excessiva e os estados de agitação, pela disrupção que provocam na dinâmica familiar, constituem um dos principais motivos de consulta pedopsiquiátrica na primeira

infância. No entanto, estas manifestações são comuns a diferentes quadros clínicos: num estudo efectuado em 64 crianças dos 0 aos 4 anos referenciadas por alterações do comportamento, Jean Thomas (1989, citada por M. Gonçalves, 2000) concluiu tratar-se de um grupo muito heterogéneo de crianças, muitas das quais seriam melhor compreendidas ou como vítimas de uma situação traumática, ou apresentando dificuldades constitucionais ou maturativas, ou problemas interaccionais, ou ainda uma combinação destes factores.

Da nossa experiência clínica iremos ilustrar este tema apresentando duas vinhetas de casos que se encontram em seguimento na UPI.

#### 1.1. *Casos Clínicos*

##### **Caso 1**

O João tem 46 meses. É um rapaz muito agitado, com um comportamento desorganizado e impulsivo. A família tem muita dificuldade em controlar o seu comportamento: o João nunca sossega, não se detém em nenhuma actividade, está sempre a saltar, a correr, desarruma tudo, só faz asneiras; parece que nem os ouve e às vezes

---

(\*) Pedopsiquiatra.

(\*\*) Psicóloga estagiária.

só agarrando-o é que o conseguem deter. Por vezes envolve-se em actividades perigosas: a mãe surpreendeu-o com a irmã de 30 meses, prestes a cortar um fio eléctrico, e noutra ocasião fora encontrado a tentar fazer fogo.

Quando foi observado pela primeira vez o João tinha 40 meses; fora referenciado à UPI por abuso sexual perpetrado pelo pai, detectado na sequência do abuso da irmã.

Nas sessões de psicoterapia o João vem desenvolvendo alguns jogos que são sugestivos da sua vivência interna: durante a encenação de uma refeição, há bebidas que se transformam subitamente em veneno, e veneno que se transforma em chá; há um polícia que vai preso porque matou os amigos, mas foge, e acaba por ser vencido por um dinossauro, cena que repete várias vezes com grande intensidade e sem nunca a alterar; repete também histórias de “maus” que são presos mas fogem sempre, e depois envolvem-se em lutas com os “bons”, em que o perdedor acaba violentamente projectado pelo ar; por vezes ao repetir a cena, há “bons” que se transformam em “maus” e vice-versa, continuando a luta com os papéis agora invertidos.

Neste Universo em que todos subitamente se podem transformar em “maus”, nada é seguro e não se pode confiar em ninguém. Então, atento a um perigo sempre eminente, o João corre, ataca e foge.

Assim, por trás da agitação comportamental observável, nota-se a existência de uma vida mental dominada por angústias paranóides e pela ausência de uma relação de confiança, situação provavelmente decorrente de uma vivência traumática em que o agressor era simultaneamente a figura protectora. Por outro lado a restante família, com as suas fragilidades e hesitações, não conseguiu protegê-lo e, actualmente, não constituem um meio suficientemente contenedor para as angústias com que se debate.

Do ponto de vista nosográfico o João apresenta um diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático, e um diagnóstico de perturbação da relação de tipo sexualmente abusivo.

## **Caso 2**

O Francisco é um rapaz de 19 meses, enviado à UPI por birras, auto e heteroagressão – bate com a cabeça indiscriminadamente e agride a irmã de 4 anos violentamente à dentada. É o se-

gundo filho de um casal jovem que se encontra com graves conflitos conjugais.

O Francisco é uma criança bonita, simpática, de aparência cuidada, com um desenvolvimento estado-ponderal adequado à idade e com um bom desenvolvimento motor.

Tem apetência para a comunicação verbal e manifesta um bom nível de compreensão, mas apresenta uma organização da linguagem expressiva pobre que lhe permite dizer apenas algumas palavras: «mãe, pai, liga, desliga.» A linguagem é sempre utilizada num contexto situacional e não se auto-designa sugerindo a incapacidade de se representar ainda enquanto pessoa.

Demonstra uma excessiva ansiedade de separação e um humor pouco variável, quase sempre com uma expressão de felicidade, não sinalizando o seu mal-estar, comportamento este que não ocorre apenas na relação com os pais mas que se generaliza já à escola onde os colegas o agridem sem ocorrer da sua parte uma sinalização de desconforto.

Durante as consultas observou-se uma grande contradição entre o discurso da mãe – aparentemente carinhosa – e uma ausência de reconhecimento das manifestações afectivas da criança, nomeadamente o seu desconforto, bem como evitamento do contacto físico, visível no exemplo seguinte: o Francisco magoa-se, choraminga sozinho e encosta-se à mãe a brincar com uma chave. Esta, sem fazer qualquer referência à dor da criança, imediatamente o afasta e manda-o apanhar todos os pedacinhos de papel que ele tinha atirado para o chão e colocá-los no lixo – o que ele faz prontamente.

A evidente ambivalência materna é projectada no Francisco quando a mãe refere que ela e o filho têm um relacionamento carinhoso, embora o Francisco não lhe demonstre grande afeição e nunca tenha sido uma criança de querer muito colo.

Observamos assim uma interacção marcada por pouca ressonância afectiva e pouca contingência em que os sentimentos e preocupações da criança não têm resposta e cujas manifestações não é atribuído significado.

O ambiente familiar do Francisco é de alta imprevisibilidade sem que haja uma verdadeira protecção e adequação materna às suas necessidades.

Pelos seus sintomas foi considerado o diag-

nóstico no Eixo I da DC: 0-3 de Perturbação da ansiedade, e o diagnóstico no Eixo II, da mesma classificação, de Perturbação mista, sendo do ponto de vista comportamental e envolvimento psicológico subenvolvida e de tonalidade afectiva ansiosa-tensa.

O Francisco passou a ser seguido em sessões semanais de psicoterapia, que têm como objectivo o reconhecimento dos seus estados afectivos próprios e do outro e o desenvolvimento das suas capacidades de mentalização através do jogo. Ao mesmo tempo um trabalho colateral é realizado por um outro técnico com a mãe, no sentido de trabalhar os seus conflitos e projecções.

## 2. ESTUDO DE POPULAÇÃO CLÍNICA

O problema da compreensão psicopatológica das perturbações de comportamento e a sua frequência levou-nos a estudar este tema de uma forma mais sistemática.

Estudámos assim os casos que, nos últimos 3

anos, foram referenciadas à UPI por alterações de comportamento, verificando qual o diagnóstico, segundo a DC: 0-3 a que estas situações correspondem.

### 2.1. Metodologia

A DC: 0-3 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, 1994) é uma classificação pentaxial, especificamente concebida para esta faixa etária, dada a dificuldade em utilizar as outras classificações nos quadros clínicos da primeira infância. Neste trabalho utilizamos o eixo I – diagnóstico primário, que descreve a perturbação na criança, ou seja a experiência interna do seu mal-estar e/ou o comportamento disfuncional expresso, e o eixo II – classificação da perturbação da relação, que descreve a qualidade comportamental, tonalidade afectiva e os aspectos psicológicos da relação da criança com o principal prestador de cuidados.

O diagnóstico relacional é de extrema utilida-

FIGURA 1  
Sexo e Idade

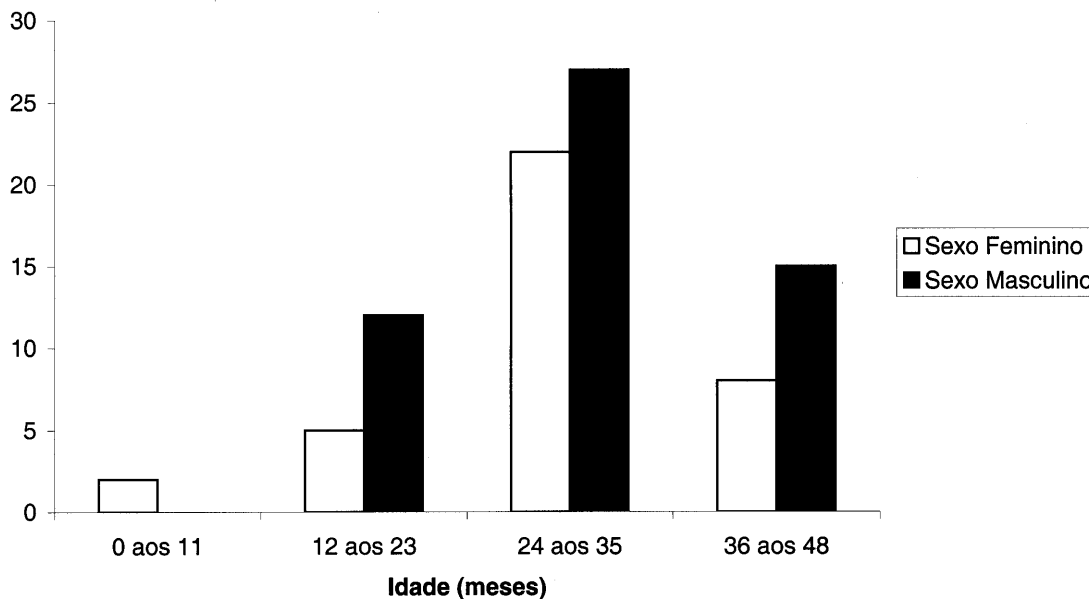
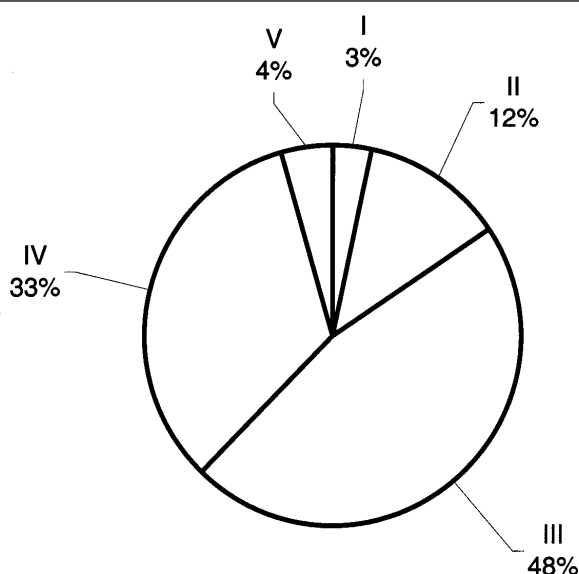


FIGURA 2  
Nível Socio-Económico



de nesta faixa etária: muitas perturbações da criança pequena são primariamente perturbações da relação, dada a sua dependência física e psíquica do adulto, e a influência das perturbações da relação sobre o seu desenvolvimento. O diagnóstico de perturbação da relação, além de caracterizar estas situações, permite ainda orientar a intervenção terapêutica.

Do total de 358 crianças observadas na UPI nos últimos 3 anos (de Novembro de 1996 a Outubro de 1999), seleccionamos aquelas que foram referenciadas por alterações de comportamento, ou seja: birras, instabilidade, auto e heteroagressividade, oposição, balanceamento e estereotípias motoras. Excluimos as crianças que tinham uma idade superior a 4 anos, às quais não é aplicável a DC: 0-3. Obtivemos assim uma amostra de 91 crianças, o que corresponde a uma percentagem de 25% do total de crianças atendidas na UPI durante este período de tempo. Destas crianças 41% eram do sexo feminino e 59% do sexo masculino. As idades estavam compreendidas entre os 3 e os 44 meses, sendo a média etária de 30 meses (Figura 1).

Nesta amostra 70% das crianças viviam com ambos os pais e 26% eram provenientes de famílias monoparentais. O estrato socio-econó-

mico da maioria destas famílias (avaliado pela Escala de Graffar) era de nível médio e médio-baixo (Figura 2).

## 2.2. Resultados

As queixas comportamentais mais frequentes, foram as birras seguidas da heteroagressividade e da instabilidade. Do total destas crianças, 36% apresentavam apenas um sintoma; as restantes apresentavam-se com diversos sintomas da linha comportamental ou com manifestações comportamentais associadas a outro tipo de sintomas, sendo destes os mais frequentes, as perturbações do sono (31%) e as perturbações alimentares (11%).

Relativamente ao diagnóstico, a maioria (72%) apresentava uma perturbação em ambos os Eixos: I e II; 20% tinham apenas um diagnóstico de perturbação da relação (Eixo II), correspondendo a situações em que as dificuldades da criança surgem numa relação primária perturbada e sem que exista um diagnóstico na criança. Apenas 5% das crianças tinham unicamente um diagnóstico no Eixo I e 3% não apresentavam nenhum diagnóstico nestes dois Eixos; estas situações correspondiam a três crianças das quais

FIGURA 3  
Diagnóstico no Eixo I e II – DC: 0-3

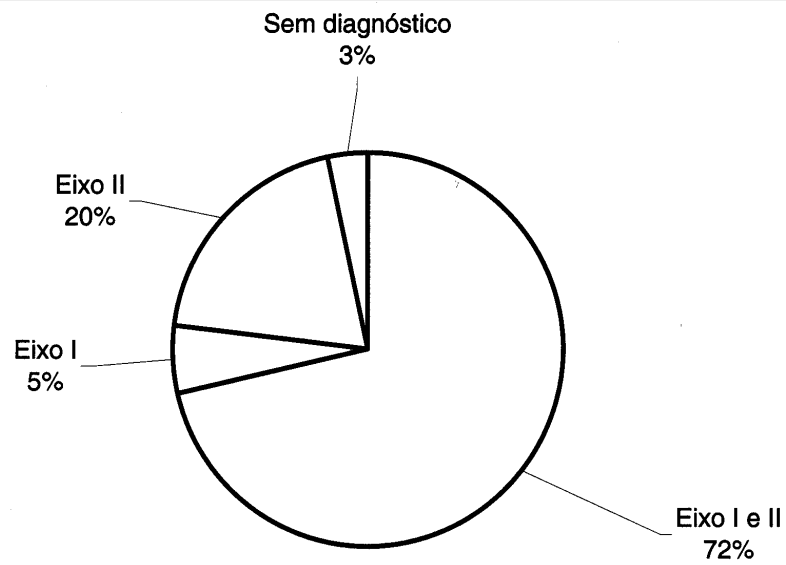


FIGURA 4  
Diagnóstico no Eixo I

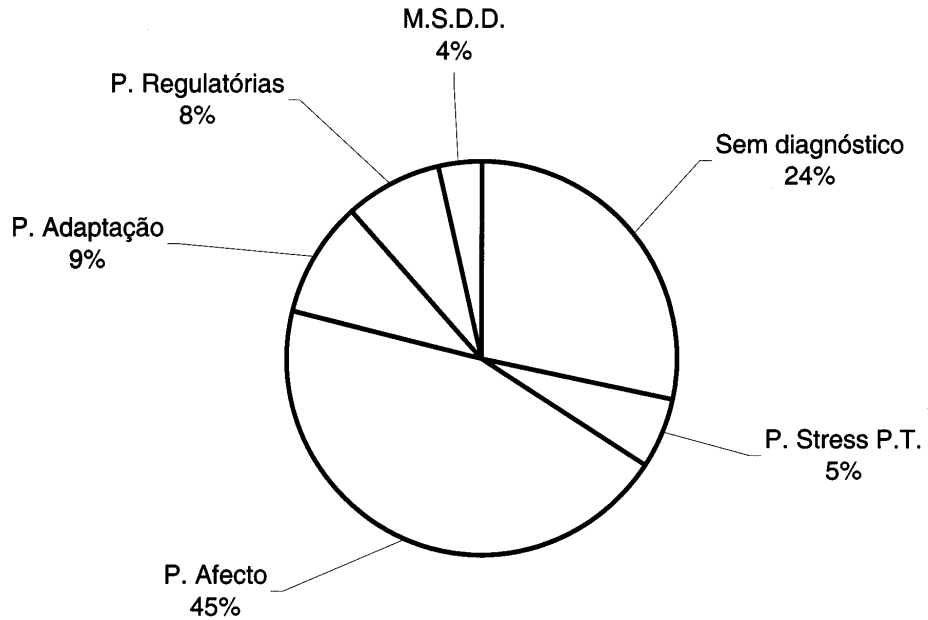


FIGURA 5  
**Diagnóstico Eixo I – Amostra/Restante População da UPI**

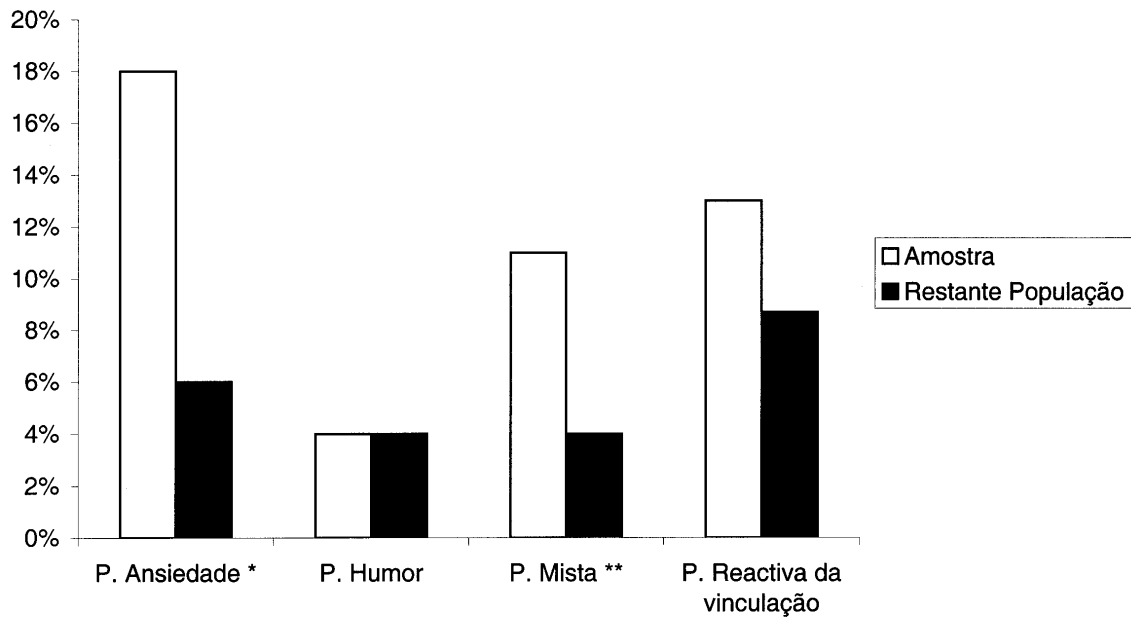
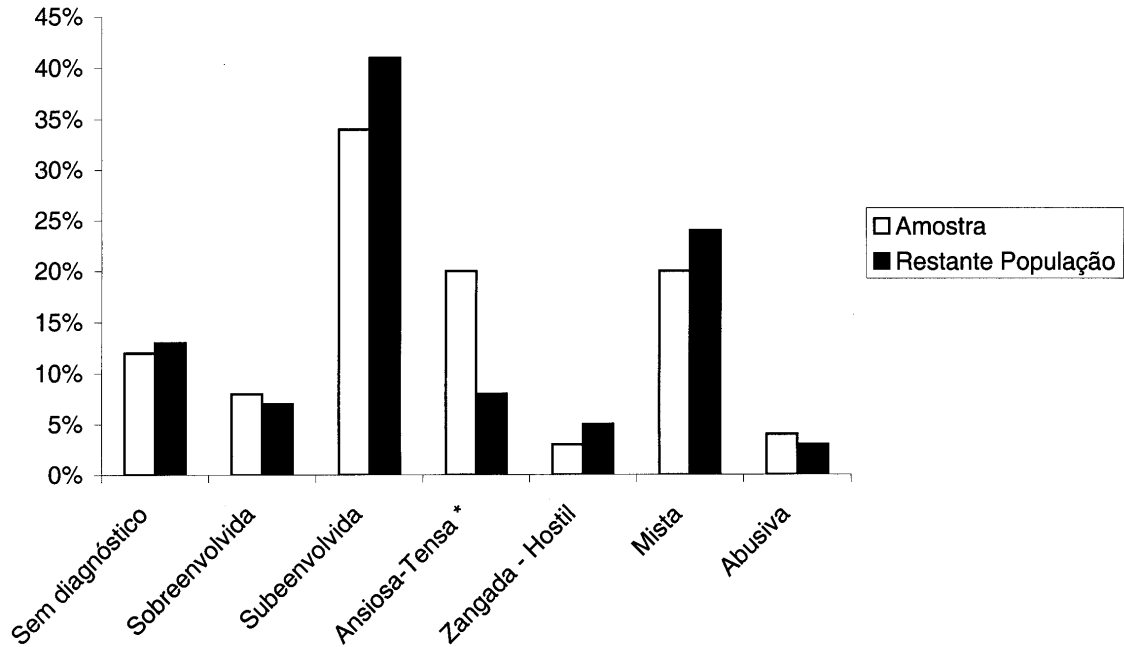


FIGURA 6  
**Diagnóstico Eixo II – Amostra/Restante População da UPI**



uma tinha um atraso global do desenvolvimento (Eixo III) e nas duas restantes os sintomas traziam apenas vicissitudes normais do desenvolvimento encontrando-se em situação de risco embora ainda não apresentassem nenhuma perturbação diagnosticável (Figura 3).

Nas crianças que apresentavam um diagnóstico no Eixo I, verificamos uma distribuição heterogénea pelas diferentes categorias, abrangendo um leque muito extenso de diagnósticos: perturbações do afecto, perturbação da adaptação, perturbações regulatórias, perturbação de stress pós-traumático e MSDD – perturbação multissistémica do desenvolvimento (Figura 4).

Constatamos contudo, uma maior frequência de perturbações do afecto, sendo dentro deste grupo as mais frequentes a perturbação de ansiedade (18%), a perturbação reactiva da vinculação (13%), e a perturbação mista da expressividade emocional (11%). Comparativamente às restantes situações observadas na UPI durante o mesmo período de tempo, verificamos que a perturbação de ansiedade e a perturbação mista da reactividade emocional (Figura 5), apresentavam uma frequência significativamente superior nesta amostra ( $X^2 = 7,91$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0.0005$  e  $X^2 = 4,27$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0.04$  respectivamente).

Relativamente às perturbações da relação (Eixo II), verificamos igualmente uma distribuição heterogénea pelas diferentes categorias, sendo contudo mais frequentes as perturbações de tipo subenvolvido, ansioso-tenso e misto (Figura 6). Enquanto as frequências de perturbação da relação subenvolvida e mista acompanham a tendência verificada para as outras situações atendidas na UPI, as perturbações de tipo ansioso-tenso apresentam, nesta amostra, valores significativamente mais elevados ( $X^2 = 5,57$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0.02$ ).

### 3. CONCLUSÕES

Os resultados do nosso estudo permitem-nos constatar que as alterações de comportamento são um motivo de consulta comum na primeira infância, constituindo uma manifestação do sofrimento psicológico da criança, que na maioria das situações corresponde à existência de uma perturbação diagnosticável.

Embora tratando-se de manifestações relativamente inespecíficas, encontramos frequentemente,

subjacentes às alterações de comportamento, uma perturbação da experiência emocional da criança associada a uma perturbação da relação; as perturbações do afecto, e em particular a perturbação de ansiedade, parecem assim ter uma expressão importante a nível comportamental.

Na maior parte dos nossos casos encontramos uma perturbação da relação, por vezes mesmo na ausência de um diagnóstico na criança. Contudo não é possível estabelecer uma relação causa-efeito, tendo em conta a interacção entre os factores de risco envolvidos. Fonagy (1998) identifica 5 ordens de factores de risco: biológicos, sociais, familiares, práticas educativas parentais e dificuldades na relação precoce. Segundo Shaw e Bell (1993, citados por Fonagy, 1998) as eventuais dificuldades do bebé podem ir ao encontro das dificuldades parentais, iniciando um ciclo vicioso que vai impedir o acesso da criança à mentalização, isto é à capacidade de atribuir um sentido às intenções e ao comportamento do outro. A percepção da criança, por parte da mãe, como um ser intencional, é a base de uma vinculação segura, necessária ao desenvolvimento do self e da capacidade de mentalização, o que segundo Fonagy (1998) é factor de promoção da resiliência e de inibição de tendências anti-sociais.

Neste sentido a nossa intervenção terapêutica consiste na promoção da capacidade de mentalização, e por outro lado, em melhorar a capacidade empática parental, de modo a que não sejam criadas situações relacionais de “tipo traumático”.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cordeiro, M. (1999). Clinical assessment of infant psychopathology: Challenges and methods. In J. Osofsky, & H. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed. pp. 242-269). New York: Wiley.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 124-150.
- Thomas, J. P., & Clark, R. (1998). Disruptive behaviour in the very young child: diagnostic classification: 0-3. Guides for identification of risk factors and relational interventions. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 229-244.

Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington.

## RESUMO

As alterações de comportamento são um sintoma, que pela ruptura que provocam na dinâmica familiar constituem um dos principais motivos de consulta pedopsiquiátrica na 1.ª infância (cerca de 1/3 do total dos casos). Trata-se contudo de um sintoma que é comum a diversos quadros clínicos e que corresponde a diferentes situações do ponto de vista psicopatológico, cuja compreensão é fundamental para uma adequada intervenção terapêutica e prognóstico.

Na 1.ª infância, a delimitação clara dos quadros clínicos coloca algumas dificuldades devido às modificações rápidas do desenvolvimento, à falta de especificidade dos factores causais e ao contributo das perturbações relacionais para a patologia da criança. Mais importante do que as manifestações clínicas, é o nível de funcionamento das estruturas psíquicas, nomeadamente da organização do Self e do desenvolvimento do Eu, que é importante avaliar nestas situações.

Neste trabalho, os autores fazem uma revisão da casuística da UPI relativamente às crianças referenciadas por alterações de comportamento durante um período de três anos (1996-1999), sendo apresentados os seus diagnósticos segundo a classificação DC: 0-3 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*), nos eixos I – diagnóstico primário – e II – perturbação da

relação. Os autores apresentam também vinhetas clínicas ilustrativas da psicopatologia que pode estar subjacente a este sintoma.

*Palavras-chave:* Birras, classificação diagnóstica, psicopatologia da primeira infância.

## ABSTRACT

One of the principle causes of toddler psychiatry consultation are the behaviour disorder, which are a symptom that brings up a huge disturbance in the familiar dynamics. It's about a symptom that is common to a several clinical boards, whose comprehension is fundamental for a proper therapeutic intervention and diagnosis.

At the toddler, the straight delimitation of the clinical boards becomes difficult by the quick changes in the development, by the lack of specificity of the causal factors and by the contribution of the relationship disorders, for the child pathology.

More important than the symptoms is the level of the internal structures functioning, namely the self organization which is important to evaluate at this circumstances.

In this work, the authors made a revision of the UPI cases, relatively to the behaviour disorders, during a three year period, and being presented their diagnosis by a DC: 0-3 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*), axis I – primary diagnosis and II – relationship disorders. The authors also present clinical figures cases from the psychopathology that could underlying this symptom.

*Key words:* Obstinacy, DC: 0-3, toddler psychopathology.