

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RELAÇÕES DE VINCULAÇÃO EM CRIANÇAS COM  
DERMATITE ATÓPICA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

Ana Maria Lavado – nº 13824

## Agradecimentos

Ao Dr. Coimbra de Matos, orientador da dissertação, pelo apoio científico e experiência de aprendizagem que facilitou o caminho para o questionamento crítico e construtivo do estudo.

À Dra. Teresa Fiadeiro, orientadora do meu estágio clínico, pela selecção e encaminhamento dos pacientes e seus pais, para participarem no estudo. A sua disponibilidade permanente para a análise dos casos e das temáticas relacionadas com a dermatite atópica, assim como a revisão de todo o trabalho, foram essenciais para a investigação.

Ao meu marido, Rui Bajanca, pelo apoio incondicional e estimulante para iniciar e prosseguir o trabalho, pelo encaminhamento dos pacientes para participarem no estudo e pela revisão crítica e incisiva, principalmente no campo da dermatologia.

À minha colega Vera Gonçalves, pelo precioso auxílio na organização formal do trabalho e na discussão e análise de alguns conteúdos.

A todas as crianças e respectivos pais que voluntariamente participaram na investigação.

Um agradecimento muito especial, ao meu marido e aos meus filhos, Nuno e Catarina, pela presença e ajuda permanentes; e ao meu filho, em particular, um grande beijinho pelo apoio informático.

Índice	
Agradecimentos.....	1
Lista de Ilustrações.....	7
Lista de Tabelas.....	7
RESUMO.....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO .....	12
Dermatite Atópica.....	16
Conceito.....	16
Patogénese da Dermatite Atópica.....	17
Factores Imunológicos.....	18
Factores Psicológicos.....	21
Stress e Perfis de Personalidade.....	21
A Importância da Díade Mãe/Pai – Criança.....	24
Factores Psicobiológicos .....	32
Relações de Vinculação .....	34
A Teoria, os Conceitos-chave e a Avaliação.....	34
A Relação Mãe-Criança.....	40
A Relação Pai-Criança .....	41

Implicações da Qualidade da Vinculação na Infância ao Longo do Ciclo de Vida.....	42
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>44</b>
Participantes.....	44
Tipo de Estudo .....	46
Instrumentos.....	49
Roberts Apperception Test for Children (RATC).....	49
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	53
O SCL 90-R - Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional.....	55
Procedimento.....	58
<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
Participante A.....	60
Caracterização Familiar.....	60
Dados do questionário de auto-avaliação .....	60
Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas.....	60
Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida	61
Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais).....	61
Resultados do Roberts Apperception Test for Children.....	64
Interpretação dos Resultados Quantitativos.....	64
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	66
Análise dos resultados.....	67

SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional .....	67
Análise dos Resultados.....	68
Participante B .....	69
Caracterização Familiar.....	69
Dados do Questionário de Auto-Avaliação .....	69
Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas.....	69
Auto avaliação acerca da influência da DA na qualidade de vida..	70
Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais).....	71
Resultados do Roberts Apperception Test for Children.....	73
Interpretação dos resultados quantitativos.....	74
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	75
Análise dos resultados.....	76
SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional .....	76
Análise dos Resultados.....	77
Participante C .....	78
Caracterização Familiar.....	78
Dados do Questionário de Auto-Avaliação .....	78
Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas.....	78
Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida	79
Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais).....	79

Resultados do Roberts Apperception Test for Children.....	81
Interpretação dos Resultados Quantitativos.....	82
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	83
Análise dos Resultados.....	84
SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional .....	84
Análise dos Resultados.....	84
Participante D.....	86
Caracterização Familiar.....	86
Dados do Questionário de Auto-Avaliação .....	86
Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas.....	86
Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida	87
Anamnese (Dados Obtidos Junto da Mãe).....	87
Resultados do Roberts Apperception Test for Children.....	89
Interpretação dos Resultados Quantitativos.....	90
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	91
Análise dos resultados.....	92
SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional .....	92
Análise dos Resultados.....	93
Participante E .....	94
Caracterização Familiar.....	94

Dados do Questionário de Auto-Avaliação .....	94
Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas.....	94
Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida	95
Anamnese (Dados Obtidos Junto da Mãe).....	95
Resultados do Roberts Apperception Test for Children.....	97
Interpretação dos resultados quantitativos.....	98
Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA) .....	99
Análise dos Resultados.....	100
SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional .....	100
Análise dos Resultados.....	100
Análise Global dos Resultados Obtidos em Cada Caso .....	102
Participante A.....	102
Participante B.....	104
Participante C.....	105
Participante D.....	106
Participante E.....	107
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>112</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>119</b>
Anexo A – Anamnese dos Participantes .....	120
Anexo B – Auto-Avaliação .....	129
Anexo C – Imagens RATC .....	132

Anexo D – Carta à Professora Marina Carvalho .....	134
Anexo E – Resposta da Professora Marina Carvalho .....	137
Anexo F – Inventário sobre a Vinculação – Versão Auto .....	139
Anexo G – Inventário sobre a Vinculação – Versão Hetero .....	141
Anexo H – SCL-90- R.....	143
Anexo I – Consentimento Informado.....	147

#### Lista de Ilustrações

Ilustração 1-Resultados obtidos pela participante A no RATC .....	64
Ilustração 2-Resultados obtidos pela participante B no RATC .....	73
Ilustração 3-Resultados obtidos pela participante C no RATC.....	81
Ilustração 4 - Resultados obtidos pela participante D no RATC.....	89
Ilustração 5 - Resultados obtidos pelo participante E no RATC .....	97

#### Lista de Tabelas

Tabela 1-Características Gerais da amostra.....	45
Tabela 2 - Notas T para a população portuguesa. Dados retirados de Gonçalves, M., Morais, A.P., Pinto, H. & Machado, C., 1999, p.196.....	52
Tabela 3 - Valores da Média e Desvio Padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa. ....	57
Tabela 4 - Caracterização familiar da participante A.....	60
Tabela 5 - Dados obtidos pela participante A no IVIA.....	66
Tabela 6 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante A .....	66
Tabela 7 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante A .....	66
Tabela 8 - Valores dos pais da Participante A obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.....	67
Tabela 9 - Caracterização familiar da participante B.....	69

Tabela 10 - Dados do IVIA obtidos pela participante B .....	75
Tabela 11 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante B .....	75
Tabela 12 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante B .....	75
Tabela 13 - Valores dos pais da Participante B obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.....	76
Tabela 14 - Caracterização familiar da participante C .....	78
Tabela 15 - Dados do IVIA obtidos pela participante C.....	83
Tabela 16 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante C .....	83
Tabela 17 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante C.....	83
Tabela 18 - Valores dos pais da Participante C obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.....	84
Tabela 19 - Caracterização familiar da participante D .....	86
Tabela 20 - Dados do IVIA obtidos pela participante D.....	91
Tabela 21 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante D .....	91
Tabela 22 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante D.....	91
Tabela 23 - Valores dos pais da Participante D obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.....	92
Tabela 24 - Caracterização familiar do participante E.....	94
Tabela 25 - Dados do IVIA obtidos pelo participante E.....	99
Tabela 26 - Dados do IVIA respondido pelo pai do participante E .....	99
Tabela 27 - Dados do IVIA respondido pela mãe do participante E .....	99
Tabela 28 - Valores dos pais do Participante E obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.....	100

## RESUMO

As investigações sobre a relação de vinculação da criança à sua figura cuidadora, têm revelado importantes implicações no seu desenvolvimento futuro, tanto ao nível do relacionamento interpessoal, como das características pessoais, nomeadamente, capacidade para lidar com situações problemáticas, auto-estima, auto-confiança, entre outras (Soares, I., 2007).

As perturbações desta relação, poderão contribuir para uma maior vulnerabilidade à doença física e psicológica.

A dermatite atópica é uma doença paradigmática para a compreensão da interface entre o físico e o psicológico, havendo algum consenso acerca da responsabilidade do sistema imunológico no desencadear da mesma. Sabe-se hoje que existem relações mútuas entre este sistema e o sistema nervoso central, as quais poderão clarificar a forma como os factores psicológicos interferem na evolução sintomática desta doença (Buske-Kirchbaum, A., Geiben, A., & Helhammer, D. 2001).

Os objectivos do presente estudo foram: verificar se existia uma preponderância das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante nas crianças com dermatite atópica e verificar se estas e os seus pais apresentavam sintomatologia psicopatológica.

Foi utilizada uma abordagem qualitativa, tendo sido analisados casos de cinco crianças, de 9 e 10 anos de idade, com dermatite atópica. A informação foi recolhida através de entrevistas aos pais e às crianças e através da aplicação de provas psicológicas.

Os resultados obtidos acerca da dimensão de vinculação não foram suficientemente consistentes. Todavia, as crianças com dermatite atópica mais grave apresentaram uma vinculação ansiosa/ambivalente ou evitante, o que poderá

ser indiciador do agravamento da doença em situações de maior fragilidade na relação pais-criança.

Por último, foi possível verificar a existência de psicopatologia, tanto nas crianças, como nos seus pais. Todas as crianças apresentaram sintomatologia ansiogénica e cinco pais revelaram sintomas depressivos. Estes sintomas poderão ser pré-mórbidos ou consequência da própria doença.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica; Psiconeuroimunologia; Psicossomática; Relação de vinculação.

#### ABSTRACT

the investigations about the attachment relationship of children to the caregivers have shown important implications in their future development. these implications are both at the interpersonal relationships, as well as in personal features, namely the ability to work out challenging situations, self-esteem, self-confidence, among others (Soares, I., 2007).

The disturbance of this relation may play a role on the increased liability to physical and psychological disorder.

Atopic dermatitis is a paradigmatic disease for the understanding of the physical-psychological interface. It is recognized the rule that the immune system plays in the emergence of the illness as well as its links to the central nervous system. These links are better acknowledged nowadays and may help to shed light on the manner psychological factors impact in the symptomatic evolution of this disorder (Buske-Kirchbaum, A., Geiben, A., & Helhammer, D. 2001).

The aims of this work were to verify if there was an increase in the types of anxious/ambivalent and avoidant attachment in children with atopic dermatitis as well as the presence of psychopathologic symptoms in them and their parents.

A qualitative approach was applied in the analyses of five cases of 9 and 10 years old children with atopic dermatitis. The information was obtained through interviews and application of psychological tests to the children and their parents.

The results obtained on the subject of the attachment dimension weren't consistent enough, yet the children with more severe forms of atopic dermatitis showed an anxious/ambivalent or avoidant attachment, demonstrating the likelihood of the worsening of the disease in situations of increased vulnerability in the relation parents/child.

Lastly it was possible to verify psychopathologic changes both in the children and their parents. All the children showed anxious symptomatology and five parents had depressive symptoms. These symptoms are either pre-morbid or an effect of the disease.

**Key Words:** Atopic dermatitis; Attachment relation; Psychoneuroimmunology, Psychosomatic.

## INTRODUÇÃO

A primeira relação do bebé à sua figura cuidadora, seja a mãe, pai, ou outro elemento importante, vai ser fundamental para o seu desenvolvimento posterior. Os estudiosos da relação de vinculação têm mostrado as implicações do tipo de vinculação: segura, ansiosa-ambivalente e evitante, para o desenvolvimento da criança, tanto ao nível interpessoal, na sua relação com os outros em geral, com os familiares, com os pares, com os amigos, como ao nível das características pessoais, auto-estima, auto-confiança, capacidade de lidar com as situações problemáticas, persistência, capacidade de tolerância ao stress, entre outras (Soares, I., 2007).

As perturbações nesta primeira relação, podem ser multifactoriais, podendo relacionar-se, nomeadamente, com as características psicológicas da mãe: ansiedade, descontrolo emocional, baixo auto-conceito, ou, com a falta de sensibilidade materna aos sinais do bebé, não aceitação dos comportamentos deste, não cooperação com os seus ritmos e falta de disponibilidade emocional. Sejam quais foram as razões para, por vezes, não ser estabelecida uma vinculação segura, no presente estudo interessa perceber as possíveis consequências dessa situação, para o bem-estar social, psicológico e físico da criança.

Têm sido inúmeros os estudos que relacionam as características psicológicas, assim como a psicossintomatologia, das crianças, dos adolescentes e até dos adultos, com a qualidade da relação de vinculação durante a infância, assim como, nos anos mais recentes, possivelmente com a evolução da psiconeuroimunologia, tem despertado o mesmo interesse nas repercussões da relação de vinculação na sintomatologia física.

A medicina psicossomática salientou, igualmente, a importância da díade mãe-criança, por poder estar na gênese de algumas doenças, quando aquela relação não se estabelece da forma mais harmoniosa (Taylor, G., 1987).

Coimbra de Matos (2003), vem também destacando a importância da compreensão daquela relação primordial, considerando que a predisposição da pessoa para a patologia psicossomática pode ser determinada pela falta de investimento dos seus pais, ainda antes dos 6 meses.

As investigações no âmbito da psiconeuroimunologia vieram, por outro lado, trazer uma melhor compreensão da interface entre o físico e o psicológico. As evidências das relações mútuas entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário, através do sistema neuroendócrino, ou através das conexões com o sistema nervoso simpático, apresentam-se como fundamentais para o estudo da influência mútua entre o corpo e o psíquico (Cacioppo, J., Tassinari, L. & Berntson, G., 2004).

Uma doença paradigmática para a compreensão da influência dos factores psicológicos na patogénese e no agravamento de uma doença de etiologia multifactorial é a dermatite atópica. Nos últimos anos, as investigações acerca da etiologia desta doença têm-se focado no sistema imunológico, demonstrado que há alterações específicas neste sistema, responsáveis pelo desencadear da mesma. Por outro lado, existem diversos estudos que revelam a importância do stress emocional (Buske-Kirschbaum, A., et al., 1997) e as características maternas relevantes para o relacionamento da díade mãe-criança, no agravamento da sintomatologia desta doença (Pauli-Pot, U., Darni, A. & Beckman, D. 1999).

Sami-Ali, Gauthier, e colaboradores, através dos seus estudos e análises, têm, igualmente, procurado perceber, à luz da psicossomática, as doenças alérgicas e, em particular, no caso de Gauthier, a dermatite atópica (Sami-Ali, 1996). De acordo com o modelo de investigação utilizado, "em toda a patologia psicossomática está presente uma causalidade circular entre os

funcionamentos relacionais e certas situações conflituais específicas” (Mendes Pedro, 1997, pp5,6).

Da prática psicoterapêutica, numa clínica dermatológica, surgiu a observação da influência da relação dos pais com as crianças com doenças de pele, no agravamento ou melhoria da sintomatologia das mesmas. Por vezes, mais do que desenvolver um trabalho terapêutico com as crianças, tornava-se necessário dar ferramentas àqueles pais para conseguirem desenvolver competências de auto-observação e conseqüente mudança na interacção que estabeleciam com o(a) seu(ua) filho(a) doente, a maioria das vezes como superprotectores, não deixando espaço para o crescimento da autonomia da criança. Por outro lado, ainda na prática clínica, detectou-se alguma uniformidade no estilo de interacção pais-criança com dermatite atópica, no qual sobressaía a dificuldade dos pais em compreenderem as necessidades dos seus filhos, em serem empáticos, em responderem aos sinais da criança.

O presente estudo, de cinco casos, consistiu na procura de uma consistência no padrão de vinculação estabelecida entre as crianças com dermatite atópica e os seus pais, prevendo-se uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, nas crianças da amostra. No estudo dos casos procurou-se, igualmente, uma abordagem global e abrangente, analisando as características pessoais das crianças avaliadas, o seu desenvolvimento psicológico e a eventual psicopatologia das próprias e dos progenitores. Os objectivos podem assim ser resumidos da seguinte forma:

1. Verificar se existe uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, nas crianças da amostra.
2. Verificar se as crianças, assim como os seus pais, apresentam sintomatologia psicopatológica.

As conclusões da investigação poderão ser importantes para o desenvolvimento de uma prática terapêutica eficaz, pelo conhecimento mais aprofundado, dos possíveis factores psicológicos, emocionais e relacionais,

facilitadores e/ou exacerbadores desta doença específica, com uma incidência significativa e crescente, nos países ocidentalizados.

## Dermatite Atópica

### *Conceito*

Dermatite Atópica (DA), também conhecida como eczema atópico, é uma doença de pele, crónica, caracterizada por uma evolução por surtos, com crises de agudização, em que há inflamação e intenso prurido, alternando com períodos de remissão.

Trata-se de uma das dermatoses mais comuns nas crianças (a sua prevalência varia de 10 a 20%, consoante a investigação e o país) e o seu estudo tem sido relatado em muitas publicações científicas (Rothe, M. & Grant-Kels, J., 1996). Nos últimos 30 anos a incidência desta doença tem vindo a aumentar, verificando-se diferenças, tanto ao nível dos diversos países, como dos vários grupos sociais. Assim, podemos dizer que a DA é uma doença complexa e multifactorial, sendo certo que, para além da componente genética e familiar, existem factores ambientais que podem determinar a evolução sintomática desta doença. Estudos epidemiológicos indicam uma maior prevalência nas crianças dos países ocidentais mais desenvolvidos e pertencentes a meios urbanos e industrializados. (Heinridch J. et al., 1998; Williams, HC et al, 1994; Wuthrich, B. 1996, citados por Pruszkowski, A., 2002). Num estudo realizado em 1958, na Grã-Bretanha - National Child Development Study, com 8279 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 16 anos, verificou-se o dobro da incidência de dermatite nas crianças provenientes das classes mais altas, comparativamente com as das classes mais baixas (estudo referido por Williams, H., Strachan, D., & Hay, R., et al, 1994 (estudo referido por Williams, HC et al, 1995, citado por Fenessy, M., Coupland, S., Popay, J. & Naysmith, K. (2000).

### *Patogénese da Dermatite Atópica*

Conforme acima referido, a DA é uma doença complexa e multifactorial: disposição genética; aumento da irritabilidade da pele; diversos alérgenos; alteração da reactividade vascular; aumento da produção de suor; clima ou poluição ambiental, são alguns dos factores responsáveis pela sua patogénese (Leung DY, 1995, cit. por Buske-Kirschbaum, A., et al., (2001). Nos últimos anos, a investigação acerca da etiologia da doença tem-se focado no sistema imunológico, demonstrando que há alterações específicas no funcionamento deste sistema responsáveis pelo desencadear da DA.

Para além destes factores, existem diversas investigações que referem os factores psicológicos como moduladores da DA, nomeadamente o stress psicossocial e as características da personalidade (Buske-Kirschbaum et al, 2001; Fenessy, M. et al, 2000; Pauli-Pott, U., et al, 1999, Picardi, A., et al, 2001; Seiffert, K. et al, 2005), temática que será desenvolvida mais à frente. A ligação entre os factores psicológicos e imunológicos ainda não foi descoberta, no entanto, têm surgido, nas duas últimas décadas, diversas investigações que se debruçaram sobre a influência do sistema nervoso central no sistema imunológico (Ader R., Felten, D. & Cohen, N., 1991).

A seguir apresenta-se com alguma detalhe, a influência dos factores imunológicos, psicológicos e psicobiológicos, na dermatite atópica.

### *Factores Immunológicos*

Para uma melhor compreensão da complexidade da actuação do sistema imunológico na dermatite atópica, serão referidos alguns dos mecanismos mais importantes desse mesmo sistema, nomeadamente ao nível da resposta de hipersensibilidade.

A integridade do organismo é colocada em risco pelos agentes patogénicos (vírus, bactérias e outros invasores), os quais, na sua maioria, apresentam moléculas na superfície (antigénios) que são diferentes do “self” e são capazes de induzir uma resposta imunológica. Há teoricamente dois tipos de resposta (na realidade as respostas são complementares): a imunidade natural ou inata e a imunidade específica ou adquirida. A imunidade inata refere-se às respostas imunológicas que estão imediatamente disponíveis para proteger o organismo, ainda antes do mesmo ter sido exposto a qualquer tipo de infecção, ao passo que a resposta específica, típica do eczema atópico, é geralmente caracterizada pelo reconhecimento do antigénio e pela actuação do organismo após esse reconhecimento (Uchino, N., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R., 2000).

As células mais importantes para manter essa resposta específica denominam-se linfócitos. São estas células que reconhecem o “não self” e o distinguem dos componentes do próprio organismo. Os linfócitos são de dois tipos: células B e células T. As primeiras são responsáveis pela produção dos anticorpos e as segundas apresentam uma grande diversidade de funções: colaboram com as células B na produção de anticorpos; reconhecem e eliminam as células infectadas com vírus; activam fagócitos para destruírem os agentes patogénicos e controlam o nível de qualidade do sistema imunológico (Male, D., 1986). Na dermatite atópica existe provavelmente um controlo imperfeito dos linfócitos B pelos linfócitos T (Hanifin, J., 1992).

Para o reconhecimento do antígeno, as células B produzem as imunoglobulinas (anticorpos). As imunoglobulinas IgE constituem 0,01% do conjunto das imunoglobulinas, são ricas em glícidos e têm uma semivida de 2 a 3 dias. Estas imunoglobulinas têm a propriedade essencial de se fixarem, através do seu receptor Fc, sobre os mastócitos e os granulócitos basófilos, células que possuem receptores de alta afinidade para as IgE (FCεR1) (Letonturier, P., 2001). A capacidade das IgE em fixarem-se àquelas células é uma importante característica destas imunoglobulinas, pois, apesar da sua semivida ser bastante curta, os mastócitos aos quais se fixam podem manter-se sensibilizados durante um longo período (meses), devido à alta afinidade da ligação (Rfcε1) a qual vai proteger a IgE da destruição pelas proteínas (Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D., 1996). Apesar dos diversos estudos realizados nas últimas décadas, sobre a imunopatologia da DA, há ainda vários aspectos não consensuais. Existe, no entanto, acordo que a produção de IgE em excesso é a anomalia imunológica mais importante nesta doença (Hanifin, J., 1992).

No que respeita às células T, estas medeiam a resposta imunológica, através de subpopulações de células, nomeadamente as T auxiliares (helpers)<sup>1</sup>. A função destas células (as quais, tal como as IgE, têm uma função de destaque na resposta de hipersensibilidade) é coordenação das diferentes respostas e a mesma ocorre através da interacção com as células apresentadoras dos antígenos (APCs), nas quais se incluem os macrófagos e as células Langerhans. Estas células possuem à sua superfície um sistema de apresentação de antígenos, chamado complexo major de histocompatibilidade (MHC), ligando-os a antígenos e apresentando-os às células Thelpers (Th) (Male, D., 1986).

---

<sup>1</sup> As células Th classificam-se em dois tipos: Th1 e Th2. A primeira, envolvida na imunidade celular, produz principalmente, a interleucina 2 e o interferão  $\gamma$ , implicados na activação dos macrófagos e nas reacções de hipersensibilidade imediata; e a Th2, mais envolvida na imunidade humoral, sintetiza, sobretudo, interleucinas (IL-4, IL5 e IL10), que actuam sobre a proliferação e a diferenciação dos linfócitos B (Buske-Kirschbaum et al, 2001e Letonturier, 2004).

A combinação do aumento da produção de IgE e a imunidade celular deficitária, na dermatite, sugerem que há um problema no controlo da síntese da IgE pelas células T. Percebeu-se, através de vários estudos, que a produção de IL-4 pelas células T exerce, igualmente, um papel crucial no excesso de produção de IgE e na manutenção e exacerbação da dermatite. Esta citocina:

- programa as células B para a síntese de IgE;
- estimula as Th2 a produzirem a própria citocina;
- pode agir como factor de crescimento dos mastócitos, o que, por sua vez pode levar ao aumento da produção de IgE;

Por outro lado, a IL-4 inibe a produção de interferão  $\gamma$  pelas Th1, a qual, sabe-se hoje, está correlacionada com a deficiente imunidade celular, responsável pela infecção na DA (Buske-Kirschbaum et al, 2001).

Por fim, os monócitos são estimulados pela interacção da IgE nos mesmos receptores que produzem prostaglandina<sup>2</sup> (PG) E2, com a consequente activação do AMPcíclico e produção de IL-10, que por sua vez vai reforçar a diminuição de Th1 e o aumento de Th2 (Hanifin, J., 1992).

Parece haver, assim, uma série de “ciclos viciosos” que facilitam e perpetuam as alterações imunológicas e a resposta inflamatória.

---

<sup>2</sup> Nome genérico das substâncias hormonais existentes em numerosos tecidos.

### *Factores Psicológicos*

Alguns investigadores consideram que os factores psicológicos, tais como o stress emocional, as características da personalidade do paciente, as atitudes e características psicológicas das mães das crianças com DA, podem desencadear e/ou agravar a sintomatologia da DA.

De um modo global, diversos autores, da biologia, à psicologia, têm procurado compreender a relação entre o biológico e o psicológico ou relacional.

Freud, apesar de não ter construído uma teoria da psicossomática, foi um dos estudiosos que muito contribuiu para a posterior construção de modelos psicanalíticos de psicossomática. “Há uma centena de anos, Freud abriu a reflexão científica sobre o estatuto do corpo considerando-o desde logo na sua relação com o psíquico.” (Mendes Pedro, A. F. in Actas do Colégio Internacional de Psicossomática, VI Colóquio – ISPA 1997, p3).

Com Freud o corpo deixou de estar desligado do sujeito, ao afirmar o psiquismo como objecto de investigação. Do ponto de vista psicanalítico o sujeito e o corpo não podem ser entendidos de uma forma desligada, nem numa perspectiva de causa – efeito ou estímulo – resposta fisiológica (Freud, 1895, cit. por Vicente, 2005).

### *Stress e Perfis de Personalidade.*

Nos anos 30/40 Alexander, fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago e considerado, nesta década, o maior teórico em Psicossomática, dedicou-se ao estudo das personalidades propensas a riscos patológicos específicos (teoria da especificidade do conflito). O conflito psíquico de um determinado sujeito, resultaria

em formas particulares de adoecer somático (Alexander, 1969, cit. por Coimbra de Matos, 2003).

Alexander tinha a convicção de que os factores psicológicos que influenciam os processos fisiológicos deviam ser alvo do mesmo estudo minucioso que é usual no estudo dos processos fisiológicos. Ainda de acordo com este autor, os aspectos psicológicos não diferem significativamente dos processos fisiológicos; a única diferença é que têm que ser comunicados verbalmente, sendo percebidos subjectivamente. Cada processo corporal, por outro lado é, directa ou indirectamente influenciado por factores psicológicos. Introduziu a noção de psicogénese segundo processos fisiológicos que podem ser estudados através de métodos psicológicos, porque são percebidos subjectivamente sob a forma de emoções, ideias ou desejos (Alexander, 1987). Este autor referiu-se especificamente à criança com DA, indicando a existência de um conflito emocional devido à incapacidade da criança em expressar zanga e hostilidade pelo facto de se sentir rejeitada pela mãe (Alexander & French, 1948, cit. por Buske-Kirschbaum, A., et al, 2001).

Flanders Dunbar, fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática, consolidou, juntamente com Alexander, as investigações na área da psicossomática de acordo com uma visão psicogénica da doença psicossomática. Esta investigadora conceptualizou a teoria dos perfis da personalidade. De acordo com esta teoria a maioria dos sintomas psicossomáticos seriam a consequência de uma descarga pulsional sobre o sistema vegetativo (Dunbar, 1943, cit. por Vicente, 2005).

White A., Horne DJL & Varigos, GA (1990, cit. por Buske-Kirschbaum, A., et al, 2001), sugerem que os pacientes de dermatite atópica apresentam elevados níveis de ansiedade, neuroticismo, desconfiança e tensão; revelam mais problemas em lidar com a hostilidade e a agressividade; são emocionalmente instáveis e, por último, mais inteligentes, quando comparados com a população sem essa doença. Alguns destes dados são corroborados pelo estudo de outros investigadores.

Jordan, JM & Whitlock FA, 1974 cit. pelos mesmos autores, acima referidos, verificaram que os pacientes com DA têm elevados níveis de ansiedade e que este nível elevado é associado ao aumento de uma resposta condicionada pela coceira, perante o estímulo do prurido.

Continua a haver, no entanto, pouco consenso, quanto à existência de um perfil de personalidade na dermatite atópica. Os estudos são heterogêneos, e, portanto, dificilmente comparáveis. A grande dúvida situa-se no facto da personalidade descrita nos pacientes com DA poder ser pré-mórbida, ou, por outro lado, poder ser consequência da própria doença.

Apesar de haver pouco consenso quanto ao perfil de personalidade, existe actualmente acordo entre os diversos investigadores, quanto ao facto da sintomatologia ser agravada pelo stress.

As investigações de Hans Selye, endocrinologista, radicado no Canadá, sobre a síndrome geral de adaptação e a reacção inespecífica ao stress vieram proporcionar um grande contributo pois facilitaram o acesso a conhecimentos neuro-fisiológicos e endócrinos. Através dos seus estudos, Selye, demonstrou que quando um organismo era exposto a um esforço que ameaçasse a sua homeostase, reagia com todo o corpo e, de uma forma uniforme e inespecífica. A essa forma de reagir, Selye denominou síndrome geral de adaptação, aproximando-se, assim, do conceito de stress que foi buscar à física (Selye, 1982, cit. por Coimbra de Matos, 2003).

As primeiras evidências do agravamento da sintomatologia da DA, quando em situações de stress, vieram da observação clínica (Brown, DG, 1972; Greenhill MH & Finesinger JE, 1942; Lammintausta K., et al, 1991; Witkower, E. & Russel, B., 1953, cit. por Buske-Kirschbaum, A., et al, 2001). Os acontecimentos analisados foram a separação parental, a morte de um familiar ou profundos problemas familiares durante a infância.

Seiffert, K., et al, 2005, realizaram um estudo comparativo entre pacientes com DA e sujeitos saudáveis, para averiguar se os primeiros tinham um aumento da

reactividade psicofisiológica ao stress, relativamente aos segundos. Na realidade, os pacientes com DA não apresentaram respostas psicofisiológicas mais elevadas, em situações de stress, no entanto, a frequência cardíaca foi superior (aumento da actividade do sistema nervoso simpático) e a actividade do parassimpático foi baixa, durante os períodos em análise (antes, durante e após a situação stressante), comparativamente com os resultados do grupo saudável. Neste estudo os pacientes com DA revelaram, por outro lado, uma maior dificuldade no restabelecimento psicofisiológico, após a exposição ao stress.

Pauli-Pott, U., et al., 1999, realizaram uma revisão da literatura sobre os dados disponíveis acerca do papel do stress, provocado pelos acontecimentos de vida, no despoletar ou agravar das doenças de pele. Dos diversos estudos apresentados, realizados com crianças e com adultos com DA foi, de uma forma global, encontrada uma interacção mútua entre o stress emocional e o agravamento da doença. Destaca-se o estudo citado pelos referidos autores e realizado por King RM & Wilson GV, 1991. Estes investigadores verificaram, numa amostra de 50 sujeitos com DA, uma relação positiva entre as situações interpessoais stressantes, as reacções emocionais aos acontecimentos e o estado da pele.

#### *A Importância da Díade Mãe/Pai – Criança.*

Fain e Dejours (1984, cit. por Gauthier, 2001a) debruçaram-se sobre o estudo do eczema, relatando o caso de Émilie, uma bebé de 14 meses. A menina apresentava diversos problemas ao nível do desenvolvimento, para além do eczema. Toda a problemática apontava para a atitude materna, a qual adoptava uma postura de superprotecção e, simultaneamente, de falta de atenção: ela intervinha sem parar, mas como se fosse contra o tempo, como se agisse de acordo com as suas angústias, mais do que pela intuição do que poderia sentir através do vínculo à sua filha.

Importante para a possível compreensão da interação entre a díade mãe/pai – criança, a qual poderá ser determinante para o adoecer desta última, é o conceito de depressão falhada de Coimbra de Matos (2003). Segundo este autor, trata-se de uma depressão não organizada mentalmente e que pode ocorrer à criança quando ela não obteve da parte dos seus cuidadores (objecto de vinculação), uma resposta empática de contacto e conforto. Esta depressão acontece num momento muito precoce, ainda antes dos 6 meses, numa altura em que ainda não existiu o estabelecimento da memória. A depressão vai traduzir-se em “depressão biológica”, da qual o autor destaca a depressão imunitária, havendo “uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática, bem assim como da capacidade au-reparadora do organismo” (p 33).

Ainda no seguimento do pensamento de Coimbra de Matos, a predisposição da pessoa para a patologia psicossomática, é determinada pela falta de investimento como indivíduo único e excepcional, pelos seus pais. Alguém que cresce sem o olhar apaixonado dos pais, necessário para a narcisação da identidade sexual. Esta pessoa vai ter dificuldade em distinguir o rosto dos familiares, dos estranhos, investindo de uma forma igual nuns e noutros. Alguns autores, nomeadamente Gautier, do qual falar-se-á mais à frente, observaram que as crianças com dermatite não revelavam a angústia perante o estranho, perante um rosto diferente – como se nenhum rosto fosse suficientemente interessante para ser distinguido.

Sami-Ali e colaboradores, têm vindo a elaborar uma teoria da patologia orgânica baseada num modelo de investigação (cujas premissas já haviam sido formuladas por Alexander), que considera duas complexidades: “convergência isomórfica e de causalidade circular recíproca entre o biológico e o relacional, de maneira que o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma mesma realidade; em toda a patologia psicossomática está presente uma causalidade circular entre os funcionamentos relacionais e certas situações conflituais específicas” (Mendes Pedro, 1997, pp5, 6). Nesta teoria, o imaginário joga um papel preponderante.

O “imaginário determina positiva e negativamente todo o funcionamento psicossomático” refere Sami-Ali (2002) no seu livro, *Pensar o Somático* (p7). Este imaginário surge como oposição ao real, numa série de fenómenos que correspondem ao sonho e ao seu equivalente no estado de vigília: delírio, alucinação, fantasma. Nestes fenómenos projecta-se uma subjectividade que se constitui como esquema de representação. No ponto onde se encontram o subjectivo e o objectivo, é o próprio corpo que sustenta toda a representação. Este autor definiu o modelo psicossomático baseado em “doze pares de dimensões que desenham, pela sua oposição, as dimensões fundamentais do fenómeno de somatização”: corpo real - corpo imaginário; sentido primário - sentido secundário; imaginário (projectão) -banal (ausência de projecção); função psicossomática constituída - função psicossomática em vias de constituição; regressão - impossibilidade de regressão; sintoma neurótico ou psicótico (formação simbólica) – equivalente orgânico dum sintoma neurótico ou psicótico; recalçamento conseguido – recalçamento falhado; recalçamento de um conteúdo imaginário – recalçamento da função do imaginário; impasse ultrapassado (psicose) – impasse inultrapassável (somatização); causalidade linear – causalidade circular; somatização reversível – somatização irreversível; passagem do psíquico ao somático – passagem do somático ao psíquico.

Acrescenta este autor que, toda a patologia deve ser considerada como relacional, não em abstracto, mas tendo em conta a história singular do indivíduo. No caso concreto da alergia, a relação é inteiramente dominada por uma mesma problemática que diz respeito à identidade e à dificuldade de distinguir o eu do não eu. Também no campo imunitário há certas substâncias que são perfeitamente inofensivas, mas o organismo vai reagir contra elas de uma forma exagerada e como se se tratassem de agressoras. Entende então que se pode estabelecer uma ligação entre as substâncias que o organismo da criança rejeita, através da reacção alérgica, e o “clima maternal precoce” (2002, p11) marcado pela presença do tátil, gustativo e olfactivo e ao mesmo tempo, pela presença do afecto.

A atitude materna é considerada determinante e condicionadora da possibilidade da criança alcançar a sua autonomia, a sua separação da mãe, ou seja, a sua identidade. “ Não deixa de ser verdade que se o funcionamento descobre, ao nível do sistema imunitário, uma anomalia característica, esta produz-se num contexto relacional cujo protótipo é a relação precoce mãe - criança” (Sami-Ali, 2002, p79).

Este autor destaca, ainda, que há uma constância entre a personalidade alérgica e o sistema relacional que a caracteriza, onde só existe a percepção do idêntico. Surge assim uma situação paradoxal onde todas as caras são iguais, e iguais à da própria criança e à da sua mãe.

Já Spitz (1965, cit. por Sami-Ali, 2002), tinha notado, nas suas observações, que a criança alérgica não conhece a angústia do 8º mês. Considerava este estudioso, que o eczema infantil tinha raízes, tanto na predisposição congénita, como na atitude de uma mãe infantil que disfarçava a hostilidade face à criança, através da sua ansiedade. A criança estava, assim, exposta a sinais afectivos contraditórios, por parte de uma mãe que transmitia mensagens contrárias aos seus sentimentos. Como reacção a estes estímulos incompatíveis a criança desenvolvia o eczema. Sami-Ali considera que esta incompatibilidade não é mais do que um impasse na relação criança - mãe.

Na mesma linha de investigação, Gauthier (in Sami-Ali, 1996) corrobora que as crianças com eczema normalmente não desenvolvem a angústia do 8º mês e que apresentam uma dificuldade muito precoce em adquirirem a sua identidade. Esta análise vai ser desenvolvida mais à frente. Ainda de acordo com Gauthier, a forma como os pacientes alérgicos estabelecem as relações é marcada pela projecção sistemática, sobre todos os parceiros significativos, de uma imagem maternal, levando-os a identificarem em todas as pessoas a boa mãe procurada. Este tipo de pensamento, num plano formal, organiza-se através de uma simetria entre o sujeito e a realidade envolvente.

“A Dermatite Atópica constitui, ainda, um enigma tanto sobre o plano clínico como sobre o plano teórico, tanto para a medicina, como para a psicossomática psicanalítica” (Gauthier, 2001a, p6). Este autor comparou dois grupos de crianças: um grupo com DA (40 crianças) e outro sem DA (grupo normal – 30 crianças). Os dois grupos eram homogêneos do ponto de vista da idade e do sexo. Não foram encontradas diferenças ao nível da maturação neuro-psicológica, assim como relativamente a outros factores globais de desenvolvimento psicomotor. Dos resultados obtidos, destacam-se apenas alguns, organizados em dois subtítulos - importância do sistema emocional e o ritmo como significado fundamental:

*a) Importância do sistema emocional*

As crianças com DA tinham sido significativamente menos amamentadas que as do grupo normal (tornando insuficiente o contacto cutâneo nestas crianças). Gauthier coloca a hipótese de se tratar de uma ambivalência muito precoce, de uma dificuldade em viver um vínculo emocional ou de uma deficiência fisiológica, que poderá estar relacionada, ou não, com a dermatite, ou, eventualmente, com características sócio-culturais. Uma outra hipótese explicativa é que a amamentação protege a criança da alergia. Estes resultados, segundo o autor aproximam-se das interpretações de Spitz (1965, citado em Gauthier, 2001a). De qualquer forma, não se trata apenas de uma ausência de contacto cutâneo na medida em que não se pode resumir o aleitamento apenas a isso. Segundo Spitz, as mães destes bebés teriam menos contactos emocionais com eles. Na realidade, o aleitamento exige uma capacidade de identificação da mãe ao bebé. Comentando estas conclusões e os resultados do próprio estudo, Gauthier refere “(...)as crianças com eczema têm dificuldade em construir o seu vínculo emocional devido à dificuldade das suas mães em viverem e identificarem as suas próprias emoções ou as da sua criança e em comunicá-las através do contacto corporal regular” (p157).

Outro resultado obtido foi o de que as crianças atópicas eram muitas vezes educadas no seu meio familiar, enquanto as outras eram confiadas a amas ou frequentavam creches. O que diferenciava, assim, os dois grupos era o modo de investimento materno: as crianças atópicas estavam mais tempo com as mães que as mantinham paradoxalmente afastadas.

A inexistência da angústia do 8º mês nestas crianças, já referida atrás, e as dificuldades no reconhecimento do eu, atestam a importância dos factores afectivos presentes nesta doença pois estas crianças, como já se viu, têm mais dificuldades em reconhecerem-se como indivíduos separados do seu meio. No entanto, diz o autor, este facto pode ser uma consequência da própria doença – tanto mais que a dermatite pode surgir antes daquela idade - na medida em que esta leva os pais a adoptarem comportamentos (como por exemplo, dormirem na cama com o filho para não deixarem que este se coce) os quais reforçam a dependência/ não distinção face ao meio.

Partindo de uma visão exclusivamente libidinal do corpo, o autor refere que o eczema poderá ser uma consequência do não investimento na pele do bebé, pela sua mãe. Esta questão só pode ser, no entanto, equacionada se for tida em conta como consequente de um problema relacional mais grave e global. Considerando a pele como uma interface múltipla entre o limite do exterior e do interior; entre o eu e os outros, a sua importância nas manifestações da via emocional confere-lhe um grande poder de comunicação (nomeadamente nas primeiras comunicações entre a mãe e o seu bebé).

#### *b) O ritmo como significado fundamental*

O autor com o seu estudo pretende mostrar, por outro lado, que os ritmos próprios do bebé, ritmos que naquela idade se situam próximo da biologia, podem ser precocemente perturbados pelas atitudes educativas do meio. Esta hipótese vem completar e generalizar um primeiro enunciado quanto à natureza do impasse

no recém-nascido: uma contradição entre a maturação do bebé e as exigências do meio.

No seu estudo Gauthier verificou que as crianças atópicas evidenciavam uma interferência precoce dos ritmos sociais dos adultos: sendo incluídas cedo demais nos ritmos familiares, obrigando-as a adaptarem-se aos mesmos. Constatou que se adaptavam rapidamente ao ritmo sono/vigília (a partir das 8,8 semanas – resultado relativo à média do grupo em análise); tinham, por outro lado, a partir dos seis meses, mais problemas ao nível do sono, quando comparadas com as crianças do grupo sem dermatite e verificou, ainda, que estas crianças apresentavam significativamente mais hiperactividade e passividade, que as outras crianças. A criança não podia, assim, viver e adaptar-se aos seus próprios ritmos. A alteração dos ritmos constitui, desta forma, uma porta de entrada privilegiada para as somatizações.

Como conclusão, Gauthier refere: “(...) a dermatite atópica do bebé aparece após uma grande perturbação dos ritmos de base do desenvolvimento ‘maturativo’ da criança, o que pode conduzir não apenas às dificuldades de reconhecimento do seu próprio corpo (ausência de angústia do 8º mês) mas também às desordens fisiológicas onde o veículo poderão ser as dificuldades de controlo e de estruturação dos vínculos emocionais” (p178).

Ainda na linha da compreensão da díade mãe - criança na dermatite atópica, os investigadores Pauli-Pott et al., 1999, realizaram um estudo sobre a forma como as características maternas, relevantes para o relacionamento entre a díade: depressão; atitudes ligadas à maternidade e percepção do comportamento do bebé, poderão estar associadas à doença. De acordo com os autores, as mães dos bebés com DA descreveram-se a si próprias como mais depressivas/desesperadas e ansiosas/superprotectoras; e caracterizaram os seus bebés como mais negativos no seu comportamento emocional, assim como mais negativos perante um

acontecimento inesperado e menos positivos relativamente ao sorriso e ao riso, quando comparadas com mães de um grupo de bebés saudáveis.

“ O relacionamento pais - criança tem uma grande influência no desenvolvimento emocional, assim como no desenvolvimento social da criança. Durante a infância, o desenvolvimento da auto-regulação afectiva é uma tarefa crucial” (Pauli-Pott et al., 1999, p40). Para lidar com esta tarefa é necessário um comportamento compreensivo/ empático, por parte dos pais, o qual consiste numa resposta sensível e graduada, reactiva aos sinais do bebé. Estes comportamentos podem sofrer interferências devido às características psicopatológicas dos pais, ou, também, devido às características do próprio bebé, nomeadamente devido à existência de doenças orgânicas (Papousek, H.& Papousek, M., 1983, cit. por Pauli-Pott et al., 1999).

### *Factores Psicobiológicos*

Nos pontos prévios, foram descritos alguns dos factores imunológicos e psicológicos envolvidos na possível patogénese e agravamento da DA, tornando-se claro que os processos imunológicos são cruciais no despoletar e na manutenção da doença e que os factores psicológicos mantêm um papel importante na modulação da mesma. Agora a questão que se coloca é a de que forma estes dois factores, imunológicos e psicológicos estão relacionados e através de que mecanismos, é que os factores psicológicos interferem na DA.

Há fortes evidências de que o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico estão conectados, havendo uma regulação mútua (Cacioppo, J., et al., 2004). Existem dois caminhos através dos quais esta conexão pode existir, a regulação do sistema imunológico pelo SNC através do sistema neuroendócrino: os neuropeptídeos libertados pelo cérebro actuam directamente nas células imunológicas, ou afectam a libertação de outras hormonas do tecido endócrino que podem modificar a imunidade; ou o SNC pode regular a imunidade directamente através das conexões com o sistema nervoso simpático. Os terminais nervosos deste sistema mantêm um estreito contacto anatómico com as células imunológicas e regulam a actividade imunológica através da libertação de substâncias como a noradrenalina. Estes dois caminhos podem ser afectados em resposta a um estímulo stressor (Friedman EM & Irwin, MR., 1997; Madden, KS & Felden, DL, 1994, cit. por Buske-Kirschbaum, A. et al, 2001).

Grande parte da influência do SNC sobre o sistema imunitário é exercida através do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), o qual regula a secreção dos glucocorticóides. Nos últimos tempos muitas investigações têm demonstrado a importância dos glucocorticóides nas acções anti-inflamatórias e imunoreguladoras. Estas hormonas exercem um efeito supressor junto dos processos imunológicos celulares e humorais (Munck, A. & Guyre, P., 1992, cit. por Buske-Kirschbaum, A. et al, 2001). Na medida em que os níveis de glucocorticóides aumentam em situações

de stress, a imunossupressão após uma situação stressante é atribuída ao eixo HPA.

Num estudo recente de Buske-Kirschbaum, A., et al, 1997, (cit. por Buske-Kirschbaum, A. et al, 2001) verificaram que crianças com DA expostas a situações de stress (discursar em público e realizar exercícios de matemática mentalmente), apresentaram uma redução da libertação de cortisol, comparativamente com a amostra de crianças não atópicas. Tudo indica, então, que haverá uma incapacidade dos pacientes com DA em desenvolverem uma resposta adaptada a um estímulo stressante, através do eixo HPA (resposta alterada do eixo HPA), a qual poderá perturbar o bom funcionamento do sistema imunológico.

Existe, igualmente, amplo consenso relativamente à influência do sistema nervoso simpático (SNS) enquanto importante canal de comunicação entre o SNC e o sistema imunológico. A influência entre os dois sistemas, SNS e sistema imunológico pode ser considerada de diversas formas, mas aqui, a título de exemplo, apresenta-se apenas uma delas.

Assim, uma das conexões é compreendida através da diminuição dos níveis do ciclo adenosina monofosfato (cAMP – núcleo de importância fundamental na captura e transporte de energia química livre nas células). Uma das principais reacções do organismo a uma situação de stress é a libertação de catecolaminas, através do SNS. Usualmente as catecolaminas aumentam os níveis do cAMP após fazerem a ligação aos seus receptores nas células imunológicas. No entanto, nos pacientes com DA, os leucócitos aumentam a actividade da fosfodiesterase (enzima que catalisa as reacções químicas), diminuindo os níveis de cAMP e libertando mediadores tais como, histamina e prostaglandina, que vão activar o prurido e a inflamação (Seiffert, K. et al., 2005).

## Relações de Vinculação

### *A Teoria, os Conceitos-chave e a Avaliação*

Apesar de se ter já abordado no capítulo anterior, a importância da díade mãe/pai- filho(a) no desenvolvimento desta última, neste capítulo irão destacar-se os estudos sobre a vinculação, os quais serão importantes para a apreciação da investigação em curso.

As relações de vinculação poderão ser enquadradas numa temática mais vasta que são as relações interpessoais. Segundo Canavarro, M. (1999), o conceito de relações interpessoais surge na literatura anglo-saxónica, através de inúmeras designações, tais como: vinculação; suporte social; ligações afectivas; relações afectivas; relações próximas; relações íntimas; relações amorosas e relações românticas.

O conceito de relações interpessoais remete para uma grande variedade de formas pela(s) relação(ões) assumidas por dois ou mais indivíduos. De acordo com Lewis (1988), citado por aquela autora, a interacção deve ser separada da relação, sendo importante estudar os dois domínios de uma forma autónoma. A interacção diz respeito a comportamentos que são observáveis por terceiros, ou seja, a comportamentos que podem ser quantificáveis.

Hinde (1979, cit. por Canavarro, M. 1999), considerou que a especificação do conceito do tipo de relação deveria ter em conta oito dimensões: *conteúdo ou componentes* da interacção, que se referem às funções e objectivos das interacções; *diversidade e estrutura* das interacções; *reciprocidade e complementaridade*; *dimensões ou componentes qualitativas*; *frequência*; *qualidades multidimensionais*; *representações cognitivas e intimidade*.

Das várias designações acerca das relações interpessoais referidas acima, destaca-se, então, as relações de vinculação (Bowlby, 1973, 1980, 1982, cit. Canavarro, M.), a qual sobressai na literatura por ser uma das mais utilizadas nas investigações.

O conceito de vinculação enquadra-se na Teoria da Vinculação, que teve como fundador John Bowlby e ganhou relevância após a 2ª grande guerra quando muitas crianças foram separadas dos seus pais. O autor interessou-se pelos comportamentos destas crianças e pelos efeitos da separação no seu posterior desenvolvimento. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) encomendou-lhe um relatório sobre crianças sem família. No seu relatório “Maternal Care and Mental Health” vai insistir na quantidade de factos que provam os efeitos da privação materna no crescimento das crianças, dando lugar a relações afectivas superficiais, à ausência de concentração intelectual, a uma inacessibilidade ao outro, ao roubo sem objectivo e à ausência de reacção emocional (Bowlby, 1951, citado por Guedeney, A. & Guedney, N., 2002).

A principal ideia apresentada por este investigador é a de que a natureza equipou a criança com um sistema de comportamentos, de base genética, que assegura a sua proximidade ao adulto, permitindo-lhe assim dispor da protecção e suporte necessários à sua sobrevivência. A figura de vinculação, que será o adulto que cuida e protege a criança vai constituir-se como base segura para que ela possa explorar o ambiente, quando não percepção perigo e para se proteger, em momentos conturbados (Bowlby, 1958, 1973, 1979, citado por Dias, P., Soares, I. & Freire, T., 2004).

Bowlby baseou-se em conceitos da etologia, da cibernética, do processamento da informação, da psicologia e do desenvolvimento da psicanálise, para a construção da sua teoria. Esta teoria veio revolucionar a forma de pensar sobre os

laços entre o bebé e a sua mãe, pouco tidos em consideração naquela época e foi desenvolvida nos três volumes de *Attachment and Loss* (1969, 1973 e 1980, cit. por Canavarro, M., 1999).

No primeiro volume da trilogia, a ideia principal, já referida acima, é que a evolução resolveu a necessidade de protecção e suporte da espécie humana (mais especificamente, mas também nos outros primatas), facilitando-nos um sistema de comportamentos de vinculação, que aumentam a possibilidade de estabelecer relações próximas. No segundo volume, *Separation: Anxiety and Anger*, apresenta três ideias base: se a pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, terá menos probabilidade de ter medo e ansiedade crónica; a confiança desenvolve-se no princípio da infância e persiste ao longo do desenvolvimento e as expectativas acerca da disponibilidade da figura de vinculação vão influenciar as relações estabelecidas com as outras pessoas. No terceiro volume, *Loss, sadness and depression*, são referidos os impactos da vinculação na saúde mental do indivíduo.

Para uma melhor compreensão da Teoria da Vinculação a seguir apresentam-se os conceitos-base desta mesma teoria, sumarizados por Guedney, N.(2004):

*Noção de proximidade*, trata-se de uma noção espacial, da distância modulável entre o bebé e a figura de vinculação;

*Comportamento de vinculação*, trata-se de um comportamento que é observável e que destina a favorecer a proximidade da figura de vinculação ao bebé (sorriso, vocalização, choro, agarrar, gatinhar); que é organizado com a finalidade de facilitar a proximidade;

*Figura de vinculação*, é a figura relativamente à qual a criança vai dirigir o seu comportamento de vinculação; apesar de poderem existir múltiplas figuras de vinculação, haverá uma que será a figura de vinculação privilegiada;

*Relação de vinculação*, é uma relação que se constrói progressivamente e que implica quatro noções, como forma de as distinguir de outras relações interpessoais, segundo Ainsworth (1989): procura de proximidade; base segura (a exploração de uma forma mais confiante na presença da figura de vinculação); comportamento de refúgio (retorno à figura de vinculação quando confrontado com uma ameaça) e reacções perante a separação involuntária;

*Sistema de vinculação*, que compreende um conjunto de quatro comportamentos de vinculação (sistema de vinculação propriamente dito, que tem como objectivo estabelecer a proximidade física desejada, de acordo com as circunstâncias; sistema exploratório, ligado à curiosidade e ao domínio; sistema afiliativo ou sistema de sociabilidade e sistema medo-angústia, que representa a capacidade da criança reagir a uma situação de perigo).

Mary Ainsworth, psicóloga canadiana, já citada, vai contribuir com os seus estudos para dar uma base experimental à teoria de Bowlby. Inicialmente no Uganda, onde observa em meio natural 28 bebés, e posteriormente em Baltimore, observando de uma forma mais sistemática, 26 famílias. Através dos resultados destes estudos propôs uma situação padronizada em sete episódios, de separação e reunião dos bebés às suas mães, a qual permitiu avaliar a vinculação dos mesmos às mães – *Situação Estranha* – a qual levou à classificação do comportamento de vinculação em três tipos ou padrões distintos: Padrão A: Inseguro-Evitante; Padrão B: Seguro e Padrão C: Inseguro-Ansioso (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, citados por Dias, Soares & Freire, 2004). As crianças com uma *vinculação segura*, apresentam formas de protesto aquando das separações e recebendo a figura de vinculação com prazer (aproximando-se dela, sorrindo-lhe, vocalizando com prazer), quando esta regressa. As crianças com uma *vinculação insegura*, podem apresentar dois tipos de comportamentos: algumas parecem pouco afectadas com a separação, não reagindo à figura de vinculação quando ela retorna (*vinculação insegura evitante*) e outras mostram-se muito afectadas com o afastamento da figura de vinculação, revelando-se difíceis em

serem reconfortadas (*vinculação insegura ambivalente ou resistente*) (Guedeney & Guedeney, 2002).

Segundo Cicheliti et al., (1995, cit. por Canavarro, M., 1999), dos estudos realizados com amostras da população normal, de acordo com a metodologia da *Situação Estranha*, 70% das crianças foram classificadas como tendo comportamentos de vinculação segura (Padrão B) em relação à mãe, 20% foram classificadas como tendo um padrão de vinculação à mãe inseguro- evitante (Padrão A) e 10% estabeleceram relações de vinculação inseguro-ansioso (Padrão C) com as suas mães.

Este método foi, no entanto, questionado por alguns autores, pela artificialidade do seu procedimento. Também foi questionado se esta metodologia seria a mais adequada para avaliar a vinculação ao pai. Foi então procurado um método alternativo à *Situação Estranha*, numa perspectiva mais ecológica e mais próxima do seu ambiente natural. Waters & Deane, em 1985, citados por Guedeney & Guedeney (2002) procuraram avaliar a qualidade da relação de vinculação à mãe através de uma técnica que permitisse alguma objectividade, aliando o questionário, com a triagem das respostas em função da sua maior ou menor pertinência: a técnica do Q-Sort. Esta técnica permite a sua utilização em casa da criança, evitando, dessa forma, a sua retirada do meio familiar. A prova apresenta-se em forma de cartões, cada um com um item que o avaliador escolhe de acordo com a pertinência do mesmo para caracterizar os comportamentos de vinculação. Em Portugal algumas provas têm sido adaptadas e utilizadas no âmbito da investigação, sendo a referência à Q-Sort frequentemente encontrada em investigações que avaliam a vinculação em bebés, em diversas populações e problemáticas.

Os métodos referidos são utilizados na avaliação de bebés. Para avaliar o comportamento de crianças mais velhas, existem diversos instrumentos, os quais medem os comportamentos, mas também podem ser avaliadas as representações.

Assim, apenas para nomear algumas provas, pode referir-se uma metodologia imaginada por Main & Cassidy (1988), cit. por Guedeney & Guedeney, (2002) na qual confrontam a criança com idade entre os 5 e os 7 anos com uma situação de separação e reencontro, ao fim de uma hora. Nesta metodologia são avaliados os comportamentos da criança após alguns minutos do regresso dos pais.

Para avaliar as representações da vinculação na criança, podemos destacar o teste projectivo *Separation Anxiety Test*, desenvolvido por Hansburg (1972) e inicialmente destinado para a população adolescente. Esta prova foi adaptada por Klagsbrun & Bowlby, em 1976 e é composta por duas séries de 6 fotografias, uma para raparigas e outra para rapazes (Guedeney & Guedeney, 2002).

Na Universidade do Minho foi criado o Grupo de Estudos de Vinculação (GEV), coordenado pela Doutora Isabel Soares, o qual teve o seu início com a investigação sobre a representação da vinculação em adolescentes e suas mães (Soares, I., 2002). Neste Grupo foram sendo utilizados vários métodos e instrumentos de avaliação já existentes e foram, também, desenvolvidas algumas metodologias e instrumentos novos.

No presente estudo será utilizado um Inventário desenvolvido por aquele Grupo, o Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA), o qual foi construído em 2006 por Carvalho, Soares e Batista. Trata-se de um questionário de auto e hetero - avaliação parental sobre um conjunto de comportamentos e representações da vinculação. O inventário é composto por 24 itens avaliados através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, que se referem à frequência (de (1) nunca a (5) sempre) de cada um dos comportamentos e pensamentos esperados. As três dimensões: *vinculação segura*, *vinculação ansiosa/ambivalente* e *vinculação evitante*, são obtidas através do somatório dos itens. No capítulo da Metodologia o presente questionário será explanado com maior detalhe.

### *A Relação Mãe-Criança*

Segundo Ainsworth, 1994 (cit. por Canavarro, M., 1999) toda a relação é facilitada se for dada oportunidade à mãe, após o parto, de ter um contacto corporal com o bebé e poder tomar conta dele. Esta noção tem influenciado as maternidades de muitos países, incluindo o nosso, nas quais é vulgar a criança ser colocada em contacto corporal com a mãe, quase imediatamente após o parto. De qualquer forma, ao contrário, de outros animais, nos quais a activação do sistema de cuidados é desencadeada quando o contacto entre a progenitora e a cria é efectuado logo após o parto, no caso dos humanos, devido à capacidade de representação (ainda antes do nascimento, a mãe já formou um modelo do bebé), se o recém-nascido estiver afastado da mãe durante algum tempo, a separação não conduzirá à rejeição.

Alguns estudos apontam para o facto de as mães de crianças classificadas como seguras serem mães sensitivas, isto é, mães que sabem responder aos sinais da criança, empáticas, psicologicamente disponíveis, ou seja, mães que são capazes de se descentrarem de si próprias (Canavarro, M., 1999). As investigações sobre a eficácia dos programas de intervenção na promoção de segurança do bebé, vêm corroborar este facto na medida em que, os programas que tiveram mais sucesso no aumento da sensibilidade parental obtiveram, proporcionalmente, um aumento de crianças com vinculação segura (Belsky, 1997b, cit por Soares, I., 2007). Na realidade, o que acontece é que os pais que reconhecem os sinais e comunicações da criança, vão responder mais eficazmente e vão modular apropriadamente a activação emocional negativa. “Desta forma, aumenta a probabilidade de o bebé desenvolver um modelo interno dinâmico dos cuidadores como um refúgio de segurança em momentos de mal-estar e como base segura, a partir da qual explora o mundo” (Soares, I., 2007, p64, citando Bretherton, 1985).

Ainsworth (1978), citada por Rabouam, C. & Moralès-Huet, M., 2004, desenvolveu quatro escalas para avaliar a maneira de ser da mãe com o bebé, as quais medem: a sensibilidade materna aos sinais do bebé, a aceitação dos comportamentos do bebé, a cooperação com os ritmos do bebé e a disponibilidade emocional. Ainda segundo os mesmos autores, as duas primeiras dimensões poderão ser relacionadas com a noção de harmonização afectiva de Stern (1995). Também Fonagy (1991, citado pelos mesmos autores), se debruçou sobre este assunto e referiu-se à função reflexiva como correlacionada com a capacidade do progenitor para perceber os seus próprios estados mentais e os do seu filho e, por sua vez, com a sua própria segurança de vinculação e a do seu filho.

Existem outras características pessoais da mãe que têm sido estudadas, nomeadamente a saúde psicológica e o bem-estar, bem como algumas características da personalidade, as quais afectam a segurança da vinculação. As mães classificadas como seguras relativamente ao comportamento de vinculação são normalmente, de acordo com Canavarro, M. (1999) e citando alguns autores, mães que apresentam níveis de maior estabilidade emocional (Cox, Owen, Lewis & Henderson, 1989; Simmons et al., 1993), auto-conceito mais elevado (Belsky & Isabella, 1988) e menor psicossintomatologia (Spieker & Booth, 1988).

### *A Relação Pai-Criança*

Os estudos sobre a vinculação normalmente incidem sobre a relação da mãe com a criança, começando agora, com a evolução do papéis parentais e profissionais de cada um dos elementos do casal e com a crescente responsabilização do pai enquanto figura cuidadora, a suscitar maior interesse nos investigadores.

Sabe-se, de qualquer forma, que ambas as relações (com o pai e com a mãe) têm impacto no desenvolvimento da criança e são preditivas da qualidade de

funcionamento ao longo da vida (Soares, I., 2007). Dos estudos realizados sobre a avaliação da vinculação do bebé ao pai concluiu-se que o pai auxilia a criança a relacionar-se com o mundo exterior, contribuindo para a exploração activa do mundo dos objectos e ajudando-a a desenvolver a capacidade de negociar as interações sociais com terceiros e a manter um comportamento social e emocional adequado (Lamb, 1975; Steele & Steele, 2005a, citados por Soares, I., 2007).

Ainda sobre a importância da vinculação da criança ao pai, Fox, Kimmerly e Schaver (1991, citados por Canavarro, M., 1999), realizaram uma meta análise de 11 estudos sobre a vinculação da criança a ambos os progenitores e verificaram que a vinculação a uma figura parental se encontrava dependente do tipo de vinculação ao outro progenitor, havendo uma probabilidade elevada da criança apresentar o mesmo tipo de vinculação aos dois pais.

#### *Implicações da Qualidade da Vinculação na Infância ao Longo do Ciclo de Vida*

Existem estudos longitudinais que corroboram a influência da qualidade da vinculação na infância nas relações afectivas ao longo do ciclo de vida e outros que, pelo contrário, não validam esta influência. A situação referida em primeiro lugar é ilustrada no estudo de Hamilton, 1994, cit. por Canavarro, M., 1999), através de uma amostra de 30 raparigas, de 16 anos, que tinham sido observadas através da situação estranha de Ainsworth com um ano de idade. O autor verificou que 77% das raparigas haviam sido classificadas de forma semelhante nos dois momentos.

Por outro lado, Zimmermann, 1994, citado pela mesma autora, numa amostra de 49 famílias alemãs, com as quais foram realizadas avaliações durante o primeiro ano, o 6º ano e o 10º ano das crianças, não foram encontradas consistências entre a vinculação segura durante a infância e o mesmo tipo de padrão durante a adolescência.

Soares, 2007, por seu turno, destaca os estudos que evidenciam que a vinculação segura aumenta a probabilidade da criança desenvolver relações de melhor qualidade com os familiares mais próximos, com os amigos, com os pares em geral; de desenvolver características pessoais mais positivas, como autonomia, auto-estima e auto-confiança mais elevadas; maior capacidade e entusiasmo na resolução de problemas e na tolerância temporária ao stress; melhores competências de regulação e compreensão emocional e na compreensão da linguagem e uma menor probabilidade de desenvolvimento de problemas na infância. Por outro lado, ainda segundo a mesma autora, as crianças ansiosas-ambivalentes e as evitantes, evidenciaram, em estudos longitudinais, maiores dificuldades na interação com os pares e menores capacidades na resolução de problemas relacionados com a esfera interpessoal.

## METODOLOGIA

### Participantes

Este estudo foi possível graças à participação dos pacientes da clínica Dermacare e seus pais, sinalizados e encaminhados através dos dermatologistas da clínica, Drs. Teresa Fiadeiro e Rui Bajanca.

Num primeiro momento os médicos fizeram um levantamento relativamente às crianças com dermite atópica que eram acompanhadas na clínica, discriminando-as quanto à idade e à gravidade da doença. Verificou-se que havia um número superior de crianças na faixa etária entre os 6 e os 12 anos com aquela doença, optando-se, então, pela limitação do estudo àquela faixa etária, de forma a evitar que os resultados, fossem diferenciados atendendo à idade e não às outras características da amostra, nomeadamente, gravidade da doença ou dimensões da vinculação, procurando-se, assim, a homogeneidade do grupo. Para além da semelhança relativamente à idade, verifica-se também uma homogeneidade quanto à caracterização sócio-cultural (média-alta) e idade dos progenitores (entre os 37 e os 49 anos). Dos 5 participantes apenas um é do sexo masculino e frequenta o 5º ano de escolaridade, enquanto os restantes frequentam o 4º ano de escolaridade. Na tabela 1. Apresenta-se a caracterização geral dos participantes.

Atendendo à limitação do nº de crianças da amostra não foi possível obter um grupo com uma situação semelhante ao nível da gravidade da doença. Assim, há duas crianças com uma situação muito grave de eczema atópico, duas, com uma situação pouco grave e uma última de mediana gravidade.

	Idade	Género	Escol.	Gravid. da D.A.	Idade e Profissão Mãe	Idade e Profissão Pai	Irmãos Idade
<b>Part. A</b>	9 anos	Fem.	4º ano	Muito grave	37 anos directora financeira	44 anos consultor	2, de 11 e 3 anos
<b>Part. B</b>	10 anos	Fem.	4º ano	Gravid. média	41 anos directora na banca	45 anos editor de imagem	2, de 18 e 5 anos
<b>Part. C</b>	9 anos	Fem.	4º ano	Muito grave	49 anos administrativa	46 anos funcionário público	Não tem irmãos
<b>Part. D</b>	9 anos	Fem.	4º ano	Pouco grave	44 anos escritora	46 anos advogado	1, de 14 anos
<b>Part. E</b>	10 anos	Mascul.	5º ano	Pouco grave	40 anos secretária	41 anos operad. tv	1, de 6 anos

Tabela 1- Características Gerais da amostra

## Tipo de Estudo

“Fazer investigação significa desenvolver um trabalho para melhor se conhecer um determinado fenómeno” (D’Oliveira, T., 2007, p14). Pode-se classificar a investigação ou o tipo de trabalho de variadas maneiras, atendendo às diferentes propostas dos diversos autores que se debruçaram sobre a classificação desta matéria.

Robson (1999, citado por D’Oliveira. T., 2007), refere que existem três tipos de estudos: *o estudo exploratório*, no qual se procura conhecer melhor um determinado fenómeno, através da exploração de uma determinada realidade que pode ser pouco conhecida, colocando novas questões ou apresentando novas explicações; *o estudo descritivo*, no qual se pretende um estudo detalhado de um determinado fenómeno através da recolha de informação com base em diversas fontes de informação e *o estudo explanatório*, no qual se procura estudar as relações de causa e efeito de determinado fenómeno. Esta diferenciação entre investigações que se debruçam sobre a causa e efeito de determinada realidade e as pesquisas com outras finalidades também é conhecida como o conflito entre abordagens quantitativas (as primeiras) e as abordagens qualitativas (as segundas).

A abordagem qualitativa pode apresentar diversos tipos de desenhos, tais como, estudos de caso, estudos etnográficos, investigação-acção, “focus-group”, e outros, nos quais, de acordo com Cassel & Symon (1994, citados por D’Oliveira, T., 2007) se destaca a descrição e interpretação de determinadas realidades ou fenómenos.

Existem vantagens e desvantagens, tanto para as abordagens qualitativas, como quantitativas. Para alguns autores estas últimas são mais rigorosas ao nível

científico, para outros, as primeiras, reflectem a capacidade de abordar um fenómeno através de várias facetas do mesmo, não se debruçando apenas sobre uma determinada regularidade (D'Oliveira, T., 2007).

No presente estudo optou-se por uma abordagem qualitativa, através do estudo de casos. Os objectivos do estudo, conforme já referido na Introdução, são:

1. Verificar se existe uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, nas crianças da amostra, bem como,
2. Verificar se as crianças e os seus pais apresentam sintomatologia psicopatológica.

A estrutura do trabalho decorreu da verificação através da revisão da literatura, segundo a qual os factores psicológicos (nomeadamente as características psicológicas dos progenitores, as características psicológicas das crianças com dermatite, o stress emocional vivido, a ansiedade e as relações de vinculação entre as crianças e os seus progenitores) interferem no sistema imunitário, o qual é extremamente importante na patogénese e agravamento da dermatite.

A metodologia utilizada no estudo incluiu:

- A anamnese clínica de cada criança do estudo, através da entrevista aos pais (ver anexo A); construída pela autora do presente estudo com base no questionário de Teresa Lopo, 2002.
- A auto-avaliação das características pessoais, assim como o impacto da doença no dia-a-dia de cada criança, através da entrevista à própria criança (ver anexo B); construída pela autora do presente estudo, com base na

leitura dos questionários de avaliação da qualidade de vida<sup>3</sup> e da entrevista de crianças e jovens <sup>4</sup>.

- A aplicação de uma prova projectiva, o "Roberts Apperception Test for Children" (RATC) que avalia a percepção que a criança ou adolescente tem do seu mundo interpessoal e que foi criada para avaliar o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes (ver anexo C).
- A aplicação de um inventário sobre a vinculação para a infância e adolescência (IVIA), nas versões auto (respondida pelas próprias crianças) e hetero (respondida por cada um dos progenitores) (ver anexo D, E, F e G);
- A aplicação de um inventário de sintomas psicopatológicos, o SCL90-R a cada um dos progenitores (ver anexo H).

---

<sup>3</sup> Herd, RM, Tidman, MS, Ruta, DA, et al., (1997)

<sup>4</sup> Achenbach, T., M. (1991)

## Instrumentos

### *Roberts Apperception Test for Children (RATC)*

O "Roberts Apperception Test for Children" (RATC) é uma prova projectiva que avalia a percepção que a criança ou adolescente tem do seu mundo interpessoal. Foi criada para avaliar o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes entre os 6 e os 15 anos. A sua interpretação é baseada na hipótese de que quando são apresentadas às crianças imagens ambíguas de crianças e adultos em interacções diárias, elas projectarão os seus pensamentos, preocupações, conflitos e estilos de confronto nas histórias que criam (McArthur & Roberts, 1995).

Consiste na apresentação de 16 cartões com desenhos de diferentes situações temáticas interpessoais, solicitando-se à criança que conte histórias a partir dos cartões.

Os cartões foram escolhidos para representar temas interpessoais relevantes, tais como desacordo e afeição parentais, conflitos entre pares, observação da nudez, rivalidade fraterna e agressividade interpessoal (McArthur & Roberts, 1995).

As histórias são codificadas de acordo com um conjunto de categorias de conteúdo pré-definidas pelos autores, que avaliam o funcionamento adaptativo e mal-adaptativo da criança. Estas categorias estão organizadas em oito escalas adaptativas (Pedido de Ajuda REL, Suporte-outros - SUP 0, Suporte-criança - SUP C, Limite do comportamento - LIM, Identificação de problema - PRO, Resolução 1, 2 e 3 - RES 1, 2 e 3) e cinco escalas clínicas (Ansiedade - ANX, Agressão - AGG, Depressão - DEP, Rejeição - REJ e Não resolvido - UNR). A prova tem também três dimensões adicionais (Resposta atípica - ATY, Resposta mal-adaptada - MAL e

Recusa - REF), que normalmente não ocorrem em crianças bem-adaptadas e que são indicadoras de perturbação clínica.

A seguir apresenta-se o que avalia cada escala:

### Escalas Adaptativas

REL (pedido de ajuda/ depender dos outros), avalia a tendência da criança para contar histórias nas quais solicita ajuda aos outros para resolver um problema, seja externo, ou intrapsíquico. Em geral, a escala mede a capacidade para utilizar ajuda externa para resolver um problema. Resultados muito elevados nesta escala, podem, contudo, indicar uma necessidade exagerada de obter permissão por parte dos outros.

SUP-O (suporte- outros), esta escala reflecte a tendência para dar suporte aos outros, através da assistência, suporte emocional ou material. Esta escala complementa a anterior, na medida em que espelha a percepção que a criança tem do seu sistema de suporte.

SUP-C (suporte – criança), avalia a auto-eficácia e a maturidade, indicadas pela assertividade ou pela experiência de emoções positivas.

LIM (limite do comportamento), mede a forma como os pais impõem determinados limites à criança, razoáveis e apropriados, ou abusivos, numa situação de violação das regras.

PRO (identificação do problema), indica a capacidade da criança em formular conceitos através da natureza do cartão. Esta capacidade é considerada adaptativa na medida que requer capacidade verbal e capacidade para perceber os outros em interacções complexas e dinâmicas.

RES-1 (resolução 1), revela a tendência da criança para utilizar soluções irrealistas para os problemas.

RES-2 (resolução 2), indica uma capacidade de resolução construtiva do problema, seja intrapsíquico ou externo.

### Escalas Clínicas

ANX (ansiedade), avalia a frequência da ansiedade manifesta (medo, apreensão, surpresa, culpa, arrependimento, doença).

AGG (agressão), indica a expressão da agressividade física e verbal.

DEP (depressão), é cotada nas histórias em que os sujeitos revelam tristeza, fadiga, apatia, falta de esperança.

REJ (rejeição), avalia em que medida a criança elabora histórias nas quais existem temas de separação prolongada dos outros, discriminação, ciúmes.

UNR (não resolvido), codifica-se sempre que a criança não resolve problemas ou sentimentos relacionados com a história.

### Escalas adicionais

ATY (resposta atípica), codifica-se quando há uma distorção do tema usual.

MAL (resposta mal-adaptada), codifica-se quando as personagens da história apresentam comportamentos que dificultam a resolução do problema.

REF (recusa), codifica-se quando a criança recusa dar uma resposta.

Gonçalves, Morais, Pinto e Machado (1999) referem que existem pouco estudos realizados com esta prova e que se trata de uma das provas projectivas que, pela receptividade destes e pela diversidade de indicadores clínicos e adaptativos, de grande interesse no trabalho com crianças e adolescentes.

Estes autores efectuaram um primeiro estudo normativo com a população portuguesa, em 1997 (ver tabela 2). Consistiu na avaliação de 80 crianças, dos 6 aos 9 anos, da região de Braga, tendo um número aproximado por idade, sexo e estatuto sócio-económico. Relativamente à idade, foram constituídos dois sub-grupos (6-7 e 8-9 anos).

De uma maneira geral, o conteúdo das respostas portuguesas assemelha-se às respostas americanas, tendo sido possível categorizar 92,4% do total das respostas nas categorias definidas para a população americana. Foi necessário, no entanto, criar 10 novas categorias, para abarcar as restantes 7,6%.

Notas T- para a população portuguesa - Grupo dos 8 aos 9 anos (N=39)													
Notas brutas	REL	SUP-O	SUP-C	LIM	PROB	RES-1	RES-2	ANX	AGG	DEP	REJ	UNR	Notas brutas
0	33		38	32	34					32	39	37	0
1	37		44	39	38	30	34			36	45	41	1
2	41		50	46	42	35	37		35	41	50	44	2
3	46	31	57	53	47	39	40	38	40	45	55	47	3
4	50	36	63	59	51	44	44	41	45	50	60	50	4
5	54	41	69	66	55	48	47	46	50	54	66	53	5
6	58	45	75	73	60	53	50	50	55	59	71	56	6
7	62	50	82	79	64	57	53	55	60	63	77	59	7
8	66	54		86	68	62	57	59	65	68	82	62	8
9	71	59			73	66	60	63	70	72		66	9
10	75	63			77	71	63	68				69	10
11		68				75	67	72				72	11
12		72					69	77				75	12
13		77						73				78	13
14		81											14
15													15
16													16

Tabela 2 - Notas T para a população portuguesa. Dados retirados de Gonçalves, M., Morais, A.P., Pinto, H. & Machado, C., 1999, p.196.

### *Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

Trata-se de um questionário de auto e hetero - avaliação parental sobre um conjunto de comportamentos e representações da vinculação. O inventário é composto por 37 itens avaliados através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, que se referem à frequência (de (1) nunca a (5) sempre) de cada um dos comportamentos e pensamentos esperados. As três dimensões: *vinculação segura*, *vinculação ansiosa/ambivalente* e *vinculação evitante*, são obtidas através do somatório dos itens.

O inventário foi construído com base na teoria de Bowlby (1969, 1973) e Ainsworth (Ainsworth et al., 1978), ambos citados por Carvalho, M., 2007. As medidas para avaliação da vinculação da infância (e.g. Solomon & George, 1999b), da adolescência, de Armsden & Greenberg, 1987; Resnick, 1993 e da idade adulta (e.g., Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987), citados em Carvalho, M., et al., 2007, foram também tidas em conta para a construção dos itens.

Para a validação deste inventário foram efectuados dois estudos, um com uma amostra de 577 crianças e adolescentes de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos, e um dos progenitores e outro estudo, com uma amostra de 320 crianças e adolescentes, também de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos.

É um inventário de administração fácil, com um tempo de preenchimento aproximado de 10 minutos.

De uma forma geral e de acordo com Marina Carvalho (2007) os resultados obtidos confirmam a estrutura tridimensional subjacente à qual foram construídos os itens e indicam, ainda, que é um método válido para a avaliação da vinculação na infância e adolescência, consistente com as contribuições de Ainsworth e Bowlby.

Numa análise factorial de ambas as versões, auto e hetero, a autora avaliou as qualidades psicométricas (consistência interna e validade discriminante) do inventário. Esta análise foi efectuada em 39 itens (de 81 itens iniciais), os quais ficaram retidos com base em critérios estatísticos. Para a modalidade de auto-avaliação, a dimensão Vinculação Segura, incluiu 14 itens sobre a confiança nos outros e nas próprias capacidades. O Factor 2, Vinculação Ansiosa/Ambivalente, ficou composto por 11 itens que avaliavam a apreensão e as preocupações com os relacionamentos. O Factor 3, Vinculação Evitante, incluiu 8 itens que avaliavam a dependência e evitação. No caso da versão de hetero-avaliação, o Factor 1 ficou composto por 14 itens acerca de características da Vinculação Segura, enquanto que, no factor 2, se agruparam 12 itens acerca da Vinculação Ansiosa/Ambivalente. Por fim, o Factor 3 incluiu 9 dos itens acerca da Vinculação Evitante (Carvalho, M., 2007, p116).

As versões finais dos dois questionários ficaram com 24 itens cada, com 8 itens em cada uma das dimensões. Para se proceder à sua cotação, realiza-se o somatório dos itens relevantes para cada dimensão, reflectindo os resultados mais elevados, uma maior frequência dos comportamentos e representações da vinculação avaliados em cada dimensão.

A versão utilizada no presente estudo foi uma versão (auto e hetero) de 37 itens, facultada pela investigadora Marina Carvalho. Após consultar a investigadora sobre o modo de cotar os questionários, atendendo ao facto de o número de itens para cada dimensão não ser idêntico, a mesma referiu que se poderia fazer o somatório relativo aos itens de cada dimensão e ter em consideração que o número não é idêntico. Após o somatório far-se-á, então, a ponderação para cada dimensão, tendo em conta o total dos itens em cada uma.

*O SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional*

O SCL 90-R avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais (Derogatis, L.R., 1977).

Segundo o autor, as nove dimensões clínicas são:

- Somatização – avalia o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade;
- Obsessões Compulsões – esta dimensão reflecte os sintomas identificados com a síndrome obsessão – compulsão e engloba os pensamentos, impulsos e acções experimentadas como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. Esta escala é também um bom indicador da rigidez do pensamento;
- Sensibilidade Interpessoal – centra-se na avaliação dos sintomas de auto-depreciação, timidez, embaraço nas relações com os outros e nas expectativas negativas relativas a essas relações. São, ainda, avaliados através desta dimensão os sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente nas comparações com outros;
- Depressão – esta escala inclui itens que procuram identificar sintomas de afecto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo,

igualmente, contempladas a perda de objectivos e ideação auto-destrutiva;

- Ansiedade – avalia um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta através de indicadores gerais como agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos de ansiedade. Encontram-se, igualmente, incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico;
- Hostilidade – nesta dimensão está incluída pensamentos, emoções e comportamentos característicos de estados afectivos negativos que reflectem a agressividade, a cólera, a irritabilidade e o ressentimento;
- Ansiedade Fóbica – é definida como a resposta de medo persistente a um sujeito, local, objecto ou situação específica. Tem um carácter irracional e é desproporcionada em relação ao estímulo desencadeante, levando o indivíduo a adoptar comportamentos de escape ou evitação;
- Ideação Paranóide – representa o comportamento paranóide, fundamentalmente, como um modo perturbado de pensamento, que se traduz principalmente ao nível do pensamento projectivo, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios;
- Psicoticismo – esta escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência da psicose, incluindo referenciadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia.

Em termos de características psicométricas, o SCL 90-R tem apresentado níveis adequados tanto de consistência interna como de fidelidade teste-reteste. Estudos acerca da estrutura factorial confirmaram a estrutura dimensional derivada clinicamente e demonstram a sua invariância através do sexo.

O SCL 90-R foi aferido em Portugal por Baptista, A. (1993), sendo os resultados médios encontrados:

SCL 90-R	POP. NORMAL		
	MÉDIA	D.P.	VALOR LIMITE (média + d.p.)
Somatização	0,55	0,48	1,03
Obse. Compulsões	0,98	0,53	1,51
Sensib. Interpessoal	0,73	0,54	1,27
Depressão	0,65	0,45	1,10
Ansiedade	0,67	0,48	1,15
Hostilidade	0,79	0,60	1,39
Ansiedade Fóbica	0,29	0,38	0,67
Ideação Paranóide	0,94	0,56	1,50
Psicoticismo	0,40	0,42	0,82

**Tabela 3 - Valores da Média e Desvio Padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa.**

## Procedimento

Conforme já referido no início deste capítulo, num primeiro momento os médicos fizeram um levantamento relativamente às crianças com dermite atópica que eram acompanhadas na clínica, discriminando-as quanto à idade e à gravidade da doença.

Num segundo momento, os médicos contactaram (ou pessoalmente, após uma consulta, ou telefonicamente) os pais dos pacientes, explicaram-lhes o objectivo do estudo e todas as suas fases, nomeadamente o tempo necessário para a recolha da informação e convidaram-nos a participarem no mesmo. De todas as famílias contactadas apenas duas não participaram no estudo.

Num terceiro momento a autora do estudo contactou telefonicamente os pais que haviam mostrado interesse na sua participação, assim como na da sua criança, e, voltou a explicar o objectivo e a metodologia do mesmo.

A recolha da informação, entrevistas e aplicação das provas psicológicas, foi efectuada, com duas famílias, no próprio consultório e com as outras três na residência das mesmas. A escolha do local foi da responsabilidade dos participantes, tendo sido referido que a autora do estudo se deslocaria a qualquer local que aqueles pretendessem.

Antes de iniciar a recolha de informação foi, de novo, explicado o conteúdo do mesmo, principalmente ao progenitor que não havia sido contactado telefonicamente, assim como à criança, e solicitada a autorização de todos, tendo havido um especial cuidado na explicação à criança, tentando-se adequar a explicação à sua capacidade de compreensão.

Aos dois pais foi solicitado que lessem e assinassem o documento “consentimento informado”, o qual consta do anexo I.

A ordem da recolha de informação foi da seguinte forma:

**1º Recolha dos dados da anamnese da criança**, através de uma entrevista conjunta com os dois pais (em 3 situações) ou apenas com a mãe (em duas situações). Procurou-se que a recolha desta informação fosse efectuada preferencialmente com os dois pais, mas nem sempre foi possível, devido às limitações de disponibilidade de tempo dos progenitores.

**2º Recolha dos dados acerca das características pessoais da criança**, assim como o impacto da doença no seu dia-a-dia, através da entrevista à própria criança.

**3º Aplicação do inventário sobre a vinculação para a infância e a adolescência – auto avaliação**. Atendendo à idade das crianças e às dificuldades que algumas revelaram na compreensão de alguns dos itens, optou-se por ajudar todas elas no preenchimento do inventário.

**4º Aplicação da prova projectiva**, o "Roberts Apperception Test for Children" (RATC).

Durante a recolha dos dados junto das crianças, os pais preencheram o **inventário sobre a vinculação para a infância e adolescência - hetero-avaliação** e o **SCL-90-R**, num local afastado do local onde se encontrava a criança.

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### Participante A

Nota: A recolha da informação foi efectuada no ambiente natural (residência) da criança.

#### *Caracterização Familiar*

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>	<b>Avó paterna</b>	<b>Irmãos</b>	
<b>Idade</b>	44 anos	39 anos	75 anos	11 anos	3 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	Licenciatura	Licenciatura	Inf. não obtida	6º ano	Creche
<b>Profissão</b>	Consultor	Directora financeira	Reformada		

Tabela 4 - Caracterização familiar da participante A

#### *Dados do questionário de auto-avaliação*

##### *Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas*

O que a faz mais feliz é sentir toda a família junta. Quando isso não acontece surge a tristeza e procura a companhia de alguém para não se sentir assim. A sua maior preocupação é também com a família e com o receio de ficar sozinha. "Preocupa-me que os meus pais se vão embora e me deixem sozinha".

Fica zangada quando as irmãs não querem brincar com ela e separa-se delas quando isso acontece.

O seu maior medo é que os pais ou as irmãs morram e quando pensa nisso procura estar mais perto deles.

Os pais são as figuras de suporte em momentos de crise, socorrendo-se da empregada quando estes não se encontram.

#### *Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida*

O que mais incomoda a criança é o prurido e o facto de um dos cremes fazer com que “a pele fique dura”. Para lidar com o prurido, prende as mãos para não se coçar, não pedindo ajuda a ninguém. São os pais que, todos os dias, fazem o tratamento.

#### *Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais)*

*Gravidez e parto.* Esta fase foi caracterizada por momentos de stress intenso, devido à necessidade da mãe viajar com muita frequência, por motivos laborais. Também o pai sentiu, pelo mesmo motivo, este período como muito conturbado. O parto foi natural, sem quaisquer complicações.

*Cuidadores durante os primeiros tempos de vida.* Após o parto, a recuperação da mãe foi satisfatória. Durante alguns dias teve o apoio do pai e de uma enfermeira. A mãe ficou a tomar conta da criança até aos 3 meses, tendo ficado depois com uma ama que mais tarde confessou que não gostava de crianças. Os pais colocam a hipótese de que poderá não ter sido bem cuidada (negligenciada) por esta ama, que acabou por ser afastada e substituída por outra.

*Sono da criança.* A partir dos 2 meses deixou o quarto dos pais e foi dormir para o quarto da irmã mais velha. Actualmente resiste um pouco antes de ir para a cama, mas acaba por dormir bem, sem pesadelos e sem acordar durante a noite. Não se lembra dos sonhos. Gosta de dormir com os pais, apesar de normalmente não o fazer. Coça-se durante a noite. A coceira provocada pelo eczema perturba-lhe o sono.

*Alimentação.* Foi amamentada até às 6 semanas. Comia bem enquanto bebé. Actualmente come pouco, apesar de ser em quantidade suficiente, e à hora das refeições.

*Higiene.* A partir dos 5/6 anos passou a ser responsável por parte da sua higiene pessoal. Costuma tomar banho com a irmã mais nova, com a ajuda da mãe ou, principalmente, da empregada. Gosta muito de tomar banho com a mãe, mas é raro acontecer.

*Desenvolvimento psico-motor.* Os pais não se lembram com que idade se sentou e gatinhou, mas crêem que terá sido na idade usual. Começou a andar antes de fazer 12 meses e o controlo dos esfíncteres foi aos 20 meses. A linguagem teve início aos 12 meses.

*Desenvolvimento escolar e social.* Ficou em casa com a ama até aos 9 meses, altura em que passou a frequentar uma creche. Adaptou-se facilmente, pois é sociável, tanto com os pares, como com os adultos, segundo dizem os pais. O período pré-escolar foi instável mas, aparentemente, sem consequências para a adaptação social, devido a três mudanças de estabelecimento de ensino, na sequência da mudança de residência dos pais.

Actualmente, gosta da escola e não tem dificuldades ao nível da aprendizagem. O seu comportamento em casa e na escola é diferente, sendo frequente fazer birras em casa, quando contrariada.

Dedica-se a algumas actividades desportivas e recreativas nos seus tempos livres, destacando-se na dança e no canto. Não gosta, nem consegue entreter-se sozinha, prefere brincar com as irmãs ou as amigas. “É amiga de toda a gente”.

*Envolvimento relacional.* Neste momento, vive com os pais, as irmãs e a avó paterna (elemento pouco referido). Até aos 3 anos residiu num país do norte da Europa, passando a residir em Portugal, a partir daquela idade, com o pai e a irmã mais velha. A mãe, que permaneceu naquele país durante mais um ano, reunia-se à família, pontualmente, todos os meses. Actualmente, o pai, por motivos profissionais, ausenta-se três a quatro vezes por ano.

*Características pessoais.* É considerada uma criança bem-disposta e afectuosa, principalmente com a mãe. Quando contrariada, tem dificuldade em superar a frustração. “É uma criança que parece um poço sem fundo, damos-lhe tanto carinho, mas parece que nunca chega”. Por vezes revela-se teimosa, com os elementos da família mais próxima.

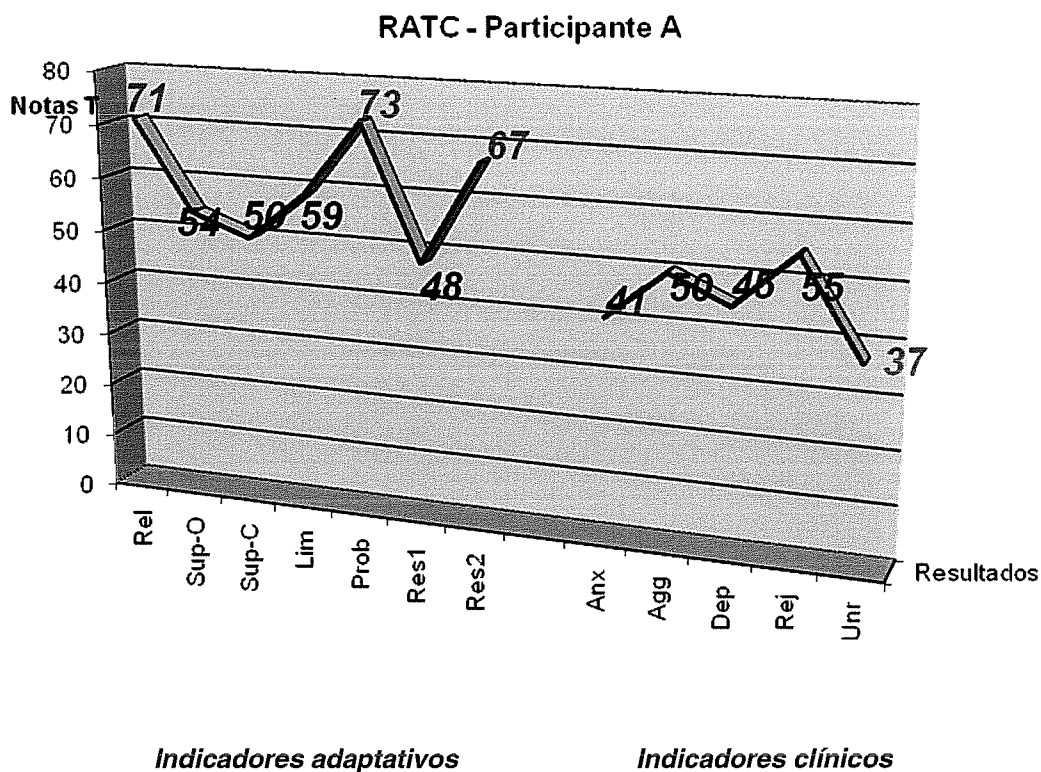
*Saúde.* Para além do eczema atópico, tem crises de asma e vulgarmente tem o nariz congestionado. Ao nível de sintomatologia psicológica, os pais consideram-na uma criança ansiosa. Os primeiros sintomas da DA surgiram por volta dos 2/3 anos de idade. Na altura a doença perturbava-lhe bastante o sono, pois coçava-se muito. Actualmente, ainda a incomoda enquanto dorme, mas com menos intensidade. Houve um período em que a inflamação, era tão intensa e localizada junto às pálpebras que, de tanto coçar, ficou sem pestanas.

A doença tem alterado a rotina e a qualidade de vida da família, por um lado, devido à necessidade permanente dos tratamentos diários (15/30m por dia), da responsabilidade dos pais ou da empregada, e, por outro, porque os pais sentem que muita da atenção deles é canalizada para esta filha, ficando as irmãs prejudicadas. Neste momento revelam pouca esperança na melhoria da filha, atendendo, segundo os próprios, ao tempo que já decorreu desde que os tratamentos tiveram início.

*Antecedentes familiares ao nível da atopia.* O pai é asmático.

*Resultados do Roberts Apperception Test for Children*

**Ilustração 1-Resultados obtidos pela participante A no RATC**



Nota: Os números assinalados a vermelho representam os resultados significativamente elevados ou reduzidos, comparativamente com os dados da população "bem ajustada".

**Interpretação dos Resultados Quantitativos**

O perfil desta criança, representado na ilustração 1, revela, à partida, uma boa adaptação ao nível do desenvolvimento interpessoal. Comparando o resultado

global obtido nas escalas adaptativas e aquele obtido nas escalas clínicas, verifica-se que, existe um resultado superior nas primeiras.

Destacando alguns dos resultados significativos, observa-se na primeira escala – REL (Depender dos Outros), um resultado bastante elevado, o qual poderá ser indicador de uma necessidade exagerada da obtenção da permissão por parte dos outros. A elevação na escala LIM (limite do comportamento) poderá ser interpretada como a percepção da criança de que existe uma resposta abusiva por parte das figuras de autoridade na imposição dos limites quando a mesma quebra alguma regra. Os restantes resultados nas escalas adaptativas reflectem uma boa adaptação, sendo significativa a capacidade da criança em resolver os problemas com os quais é confrontada, de uma forma construtiva.

Os resultados nas escalas clínicas, porque relativamente baixos, são bons indicadores de um desenvolvimento psicológico harmonioso. De assinalar, todavia, que a inexistência de resultados elevados na escala de ansiedade num protocolo de uma criança descrita como apresentando comportamentos ansiogénicos, poderá reflectir alguma restrição das emoções em situações de interacção interpessoal, falta de assertividade ou, ainda, uma utilização excessiva de mecanismos de defesa.

Nas diversas respostas desta criança não foram codificados quaisquer escalas adicionais.

*Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,21</b>	1,85	1,78

**Tabela 5 - Dados obtidos pela participante A no IVIA**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,71</b>	2,92	3,33

**Tabela 6 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante A**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	2,79	<b>3,15</b>	1,89

**Tabela 7 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante A**

### Análise dos resultados

Os dados ponderados, conforme já referido no capítulo *Procedimento*, foram obtidos através do somatório dos valores (de 1 a 5) de cada resposta aos itens correspondentes a cada uma das três dimensões, e a respectiva divisão pelo número total dos itens de cada dimensão. Analisando os valores totais relativos à auto-avaliação e a hetero-avaliação, efectuada pelo pai, verifica-se uma superioridade na dimensão *Vinculação Segura*, a qual inclui itens sobre a confiança nos outros e nas próprias capacidades. Por outro lado, nos resultados do questionário respondido pela mãe, a superioridade recai na dimensão da *Vinculação Ansiosa/Ambivalente*, a qual inclui itens que avaliam a apreensão e as preocupações com os relacionamentos (ver tabelas 5, 6 e 7).

#### *SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional*

Utilizou-se o SCL-90 para procurar identificar sintomatologia psicológica nos pais dos participantes.

Dimensões	Somatização	Obsess compul	Sensib Interp	Depressão	Ansie dade	Hostili dade	Ansied Fóbica	Ideaç Paran	Psicoti cismo
Média	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,40
Desvio padrão	0,48	0,53	0,54	0,45	0,48	0,70	0,38	0,56	0,42
Valor Limite	1,03	1,51	1,27	1,10	1,15	1,39	0,67	1,50	0,82
Pai Particip A	0,17	0,5	0,11	0,15	0,3	0,33	0	0,17	0
Mãe Particip A	0,75	1	1,55	1,77	2	2	0,57	1	0,8

**Tabela 8 - Valores dos pais da Participante A obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.**

### *Análise dos Resultados*

Todos os valores do pai da participante obtidos nesta prova situam-se abaixo da média da população geral (portuguesa), não havendo, desta forma, indicadores de psicopatologia.

Quanto aos valores obtidos pela mãe, pelo contrário, em quatro escalas, os valores situaram-se significativamente acima da média (acima do valor limite) e nas restantes situaram-se acima da média. Estes dados podem indiciar psicopatologia. As escalas *Sensibilidade Interpessoal e Depressão*, as quais avaliam, respectivamente, os sintomas de auto-depreciação, inadequação pessoal, comparativamente com os outros, expectativas negativas relativamente à relação com os outros, e falta de motivação, ideação auto-destrutiva, sinais de isolamento, foram as que obtiveram os valores mais elevados (ver tabela 8).

## Participante B

Nota: A recolha da informação foi efectuada no ambiente natural (residência) da criança.

*Caracterização Familiar*

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>	<b>Avó materna</b>	<b>Irmãos</b>	
<b>Idade</b>	45 anos	41 anos	66 anos	18 anos	5 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	12 <sup>º</sup> ano	Licenciatura	Inf. não obtida	Inf. não obtida	Infantil
<b>Profissão</b>	Editor de imagem	Directora financeira	Reformada	Inf. não obtida	

Tabela 9 - Caracterização familiar da participante B

*Dados do Questionário de Auto-Avaliação*

*Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas*

Fica muito feliz quando lhe fazem uma surpresa, como por exemplo, levarem-na ao parque, praia, etc. Quando lhe gritam ou ameaçam fica triste e procura

ultrapassar este estado, desenhando. Fica zangada quando a irmã lhe bate, reagindo da mesma forma, mas com pouca força. Fica com medo quando as pessoas da família se zangam com ela e, nessas alturas, vai ouvir música, ou passear no jardim, para ultrapassar o mal-estar provocado pela emoção. Fica preocupada quando um amigo(a) está metido(a) em sarilhos, ou quando alguém que conhece está no hospital (perguntei-lhe se esta última situação já tinha acontecido, ao que me respondeu que não).

A avó materna, com quem vive, é a principal figura de suporte, conversando com ela nos momentos de maior crise emocional.

#### *Auto avaliação acerca da influência da DA na qualidade de vida*

A participante B considera que a DA interfere na sua qualidade de vida, nomeadamente por não lhe permitir usar um fato de banho apertado e não poder frequentar a equitação, pois a mãe receia que a doença sofra um agravamento.

Aquilo que mais a incomoda na DA é o prurido nos dedos quando está a escrever (principalmente na primavera). Quando isso acontece, na escola, toca nos dedos, sem coçar, para evitar ter “mais comichão”. Quando está em casa, pede à mãe o creme. No ano passado frequentou uma actividade não curricular, que gostava bastante, *expressão corporal*, no entanto, quando fazia de estátua não suportava o prurido.

Sente que, na escola, é discriminada devido à DA. Sente que os colegas a acham diferente, “esquisita”. Actualmente a localização do eczema é principalmente nas mãos, mas há algum tempo atrás era na cara.

*Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais)*

*Gravidez e parto.* Durante a gravidez houve um descolamento da placenta, o que se constituiu como uma situação preocupante. Apesar de os pais se sentirem física e psicologicamente bem, foi um período de particular stress profissional, para a mãe. O parto sem complicações.

*Cuidadores durante os primeiros tempos de vida.* A mãe, com a ajuda da avó materna, foi a principal cuidadora da criança durante os primeiros 3/4 meses. A partir daquela idade passou a ser cuidada pela avó, durante o dia.

*Sono da criança.* A partir dos 12 meses deixou o quarto dos pais e passou a dormir no seu quarto. Actualmente dorme no mesmo quarto que a irmã. Dorme bem e, por vezes, fala enquanto dorme (tal como a mãe). Para adormecer tem o ritual de tocar nos botões de um roupão.

*Alimentação.* Foi amamentada até às 4 semanas. Desde sempre que come pouco. Actualmente tem falta de apetite, mas, por vezes, come bolachas entre as refeições.

*Higiene.* A partir dos 8 anos passou a ser responsável por parte da sua higiene pessoal. Quando necessário, é a empregada que a ajuda.

*Desenvolvimento psico-motor.* Os pais não se lembram com que idade se sentou e gatinhou, mas crêem que terá sido na idade usual. Começou a andar com 10 meses e o controlo dos esfíncteres foi aos 18 meses. A linguagem teve início aos 12 meses.

*Desenvolvimento escolar e social.* Até aos 2/3 anos ficou em casa com a avó, idade a partir da qual foi para uma creche. A adaptação foi muito difícil, chorava bastante. A avó, por vezes, passava toda a manhã perto da creche, preocupada com a neta.

Ainda se mantém no mesmo colégio, onde ingressou para a creche. Não vai satisfeita para a escola, não gostando do ambiente da mesma. Não revela, no entanto, quaisquer problemas de aprendizagem. Apesar disso, os pais sentem que é uma criança muito preocupada/ansiosa com a escola e com os trabalhos escolares.

Não gosta de brincar sozinha, preferindo fazê-lo com a irmã ou duas amigas.

*Envolvimento relacional.* Sempre viveu com os pais, irmãos e avó. Entre o 1º e o 2º anos de vida, a mãe, por motivos profissionais, esteve a trabalhar no estrangeiro e a criança permaneceu em Portugal com o pai e avó. Este foi sentido como um período difícil para a criança, pelo afastamento da mãe. Para que a criança não sentisse tanto o afastamento da mãe, deslocou-se com a avó, inúmeras vezes, para a visitar.

Actualmente existe um convívio muito estreito entre os elementos da família mais próxima. “Andamos sempre juntos e assim será até conseguirmos; não gosto que a(s) minha(s) filha(s) durma(m) em casa de outras pessoas, gosto de a(s) ter sempre comigo, com a família. Trabalhamos muito, chegamos tarde e queremos estar todo o fim-de-semana com elas” (pai).

*Características pessoais.* É considerada uma criança tímida e afectuosa, com todos os elementos da família. “Não damos por ela, é tão bem comportada, não dá trabalho nenhum, é um anjo. Quando era bebé nem chorava,...,nem quando tinha fome” (pai).

*Saúde.* Para além do eczema atópico, não tem quaisquer problemas de saúde. Os primeiros sintomas da DA surgiram por volta dos 1/2 anos de idade. Com 3/4 anos a situação era mais grave e, como já referido, o eczema localizava-se na face, o que fazia com que a criança tivesse vergonha da sua imagem corporal.

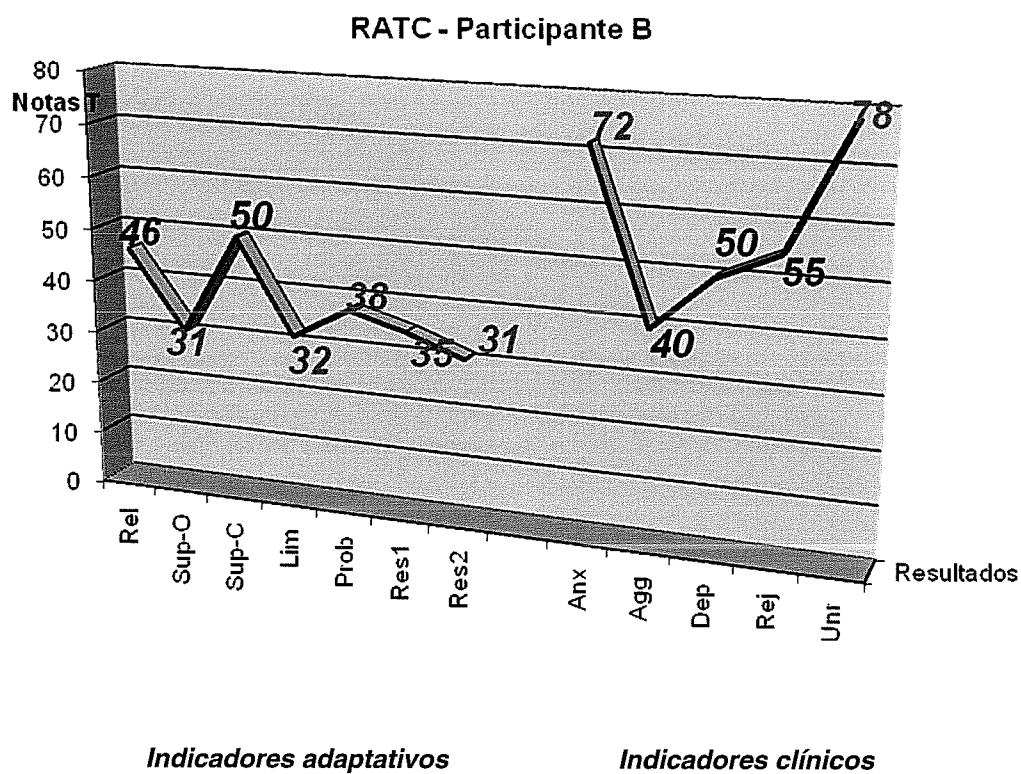
A única alteração na rotina da família, provocada pela DA, surgiu ao nível da alimentação. A mãe habituou-se a não cozinhar determinados alimentos que sabe que agravam a DA.

No período de maior gravidade (3/4 anos), o tratamento era efectuado diariamente. Actualmente é a própria criança que avisa a mãe quando é necessário fazer algum tratamento (nos períodos de crise, cerca de uma vez por mês).

*Antecedentes familiares ao nível da atopia.* Os tio e avô maternos têm bronquite asmática.

### *Resultados do Roberts Apperception Test for Children*

Ilustração 2-Resultados obtidos pela participante B no RATC



Nota: apesar desta criança ter já 10 anos, optou-se pela transformação das notas brutas nas notas T para a população portuguesa, as quais foram obtidas apenas para crianças até aos 9 anos. De qualquer forma, estes resultados foram comparados com os da amostra da população americana, para os 10 anos, e as diferenças não foram significativas.

### *Interpretação dos resultados quantitativos*

Nesta criança destacam-se os resultados baixos nas escalas adaptativas, comparativamente com os das escalas clínicas (observar a ilustração 2). O resultado de SUP-O significa, provavelmente, que a criança não percebe os outros significativos como alguém que lhe presta apoio (emocional ou material) quando necessita. Recorre mais a si própria para enfrentar possíveis situações problemáticas, como se pode verificar nos dados do SUP-C. Ao nível da identificação dos problemas, assim como das estratégias para os resolver, verifica-se um défice nesta criança (resultados baixos nas escalas PROB, RES-1 e 2), acabando, mesmo, por terminar as histórias sem apresentar alternativas aos problemas encontrados, internos ou externos (resultado significativamente elevado na escala UNR).

Ao nível das escalas clínicas destaca-se o resultado elevado na ansiedade. Por fim, as escalas adicionais, não apresentaram resultados codificáveis.

Comparando este perfil, obtido através dos dados da população portuguesa, dos 8 aos 9 anos, com um outro, obtido através dos dados da população americana, para crianças dos 10 aos 12 anos, verifica-se grande semelhança. De qualquer forma, interessa destacar que a escala PROB aparece com valores mais baixos, isto é, que seria esperado que a criança apresentasse mais histórias nas quais articulasse as situações problemáticas e a RES-1 surge dentro da média. Finalmente, nas escalas clínicas, os valores relativos à depressão e rejeição surgem acima da média e o valor da ansiedade é significativamente mais elevado do que quando comparada com os dados da população portuguesa.

*Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	2,93	2,77	<b>3,78</b>

**Tabela 10 - Dados do IVIA obtidos pela participante B**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,14</b>	3,23	2,78

**Tabela 11 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante B**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,29</b>	3,23	2,11

**Tabela 12 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante B**

### Análise dos resultados

Observando os resultados obtidos nos três questionários verifica-se um discrepância entre as respostas da própria criança e a dos pais. Assim, enquanto que o valor mais elevado, no caso da criança, recai sobre a dimensão da *Vinculação Evitante*, a qual inclui itens que avaliam a dependência e a evitação, nos inventários respondidos pelos pais é a dimensão *Vinculação Segura*, que inclui itens sobre a confiança nos outros e nas próprias capacidades, que obtém o valor mais elevado (ver tabelas 9, 10 e 11).

### SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional

Dimensões	Somatização	Obsess compuls	Sensib Interp	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideaç Paran	Psicoticismo
Média	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,40
Desvio padrão	0,48	0,53	0,54	0,45	0,48	0,70	0,38	0,56	0,42
Valor Limite	1,03	1,51	1,27	1,10	1,15	1,39	0,67	1,50	0,82
Pai Particip B	0,58	0,6	0,44	0,69	0,3	0,17	0,14	0,83	0,3
Mãe Particip B	0,08	0,4	0,11	0,08	0,2	0,17	0	0,33	0

**Tabela 13 - Valores dos pais da Participante B obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.**

### *Análise dos Resultados*

Na análise dos resultados obtidos no SCL-90, pelos pais da participante B verifica-se que, ambos os pais apresentam resultados relativamente baixos na maioria das escalas, havendo, apenas, dois valores relativos ao pai e que se encontram acima da média, em duas escalas: *Somatização e Depressão*. A primeira poderá ser indicadora de mal-estar relativamente à percepção do seu funcionamento somático, enquanto a segunda, poderá revelar falta de motivação e diminuição de energia (ver tabela 13).

## Participante C

Nota: A recolha da informação foi efectuada no consultório.

*Caracterização Familiar*

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>
<b>Idade</b>	46 anos	49 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	12º ano	11º ano
<b>Profissão</b>	Funcionário público	Administrativa

Tabela 14 - Caracterização familiar da participante C

*Dados do Questionário de Auto-Avaliação*

*Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas*

O que mais lhe agrada é dormir em casa de amigas e ir ao cinema. Fica triste quando pensa nas pessoas que são pobres e nessas alturas tenta alegrar-se vendo um filme. Fica zangada quando lhe chamam nomes e quando a obrigam a fazer algo que não quer. Quando isso acontece, ignora os outros e/ou mantém-se zangada. Tem medo do escuro, de ficar sozinha, de cobras e de insectos. Quando se defronta com estas situações procura enfrentá-las, sozinha (fugindo, ou com

pensamentos animadores) ou com a ajuda dos pais. As situações que mais a preocupam são os testes escolares.

#### *Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida*

Se não tivesse DA faria natação e brincaria no jardim, actividades que são evitadas neste momento. O que mais a incomoda na DA é o prurido. Quando o sente evita tocar na pele, ou aplica creme. São os pais que fazem o tratamento da DA, diariamente.

#### *Anamnese (Dados Obtidos Junto dos dois Pais)*

*Gravidez e parto.* Foi uma gravidez de alto risco, sempre muito vigiada. Antes de engravidar a mãe fez tratamentos de fertilidade. Os pais permaneceram muito ansiosos durante todo o período da gravidez, pela situação de risco. Teve a duração de 36 semanas e o parto foi de cesariana. A mãe teve alguma dificuldade em recuperar no pós-operatório.

*Cuidadores durante os primeiros tempos de vida.* Foi a mãe que cuidou da criança até aos 5 meses da mesma. Este período foi vivido com ansiedade; nunca saíram à rua, pois os pais (principalmente a mãe) receavam todo o tipo de doenças que pudessem ser provocadas pelo contacto com o exterior. Como também não confiavam em ninguém para tomar conta da criança, a mãe permaneceu durante todo o período em casa. Após os 5 meses foi cuidada por um familiar e aos 9 meses ingressou num infantário.

*Sono da criança.* Em bebé dormia bem, mas nunca sozinha. Apesar da actual idade continua a dormir com um dos pais; um cada noite. Além de dormir, sempre, com um dos pais, tem o ritual de ser “embalada” antes de adormecer.

*Alimentação.* Foi amamentada até aos 18 meses. Em bebé comia bem. Actualmente come pouco e rejeita alguns alimentos, como por exemplo, a fruta. As refeições são muito agitadas, com a criança sempre a levantar-se.

*Higiene.* A partir dos 9 anos passou a ser responsável por parte da sua higiene pessoal. Até há pouco tempo os pais receavam que, devido à DA, a criança, ao fazer a sua higiene, agravasse o estado da pele.

*Desenvolvimento psico-motor.* Os pais não se lembram com que idade se sentou e gatinhou, mas crêem que terá sido na idade usual. Começou a andar depois dos 12 meses e o controlo dos esfíncteres foi aos 24 meses. A linguagem teve início antes dos 12 meses.

*Desenvolvimento escolar e social.* Ingressou numa creche aos 9 meses, conforme já referido. Não teve dificuldades de adaptação, convivendo bem com os pares e com os adultos. Viveu três mudanças de estabelecimento de ensino, entre aquela idade e até iniciar o ensino básico. Aos 4 anos, quando ingressou num infantário, a adaptação foi mais difícil. Actualmente, no 4º ano, os pais referem que apresenta algumas dificuldades de aprendizagem, nomeadamente na escrita (dificuldades não valorizadas pela escola).

Cantar e dançar, são duas actividades que os pais consideram que a criança tem especial facilidade e interesse em executar. Pratica, com regularidade, outras actividades recreativas e desportivas.

Apesar de não revelar dificuldades no relacionamento com os pares ou com adultos, na escola é mais tímida do que em casa.

*Envolvimento relacional.* Sempre viveu com os pais. A família convive muito pouco com terceiros, estando restringidos ao contacto apenas entre os três. Como a família alargada está distante, nem com esta existe convívio regular. Fora da escola é, igualmente, pouco frequente o contacto da criança com os colegas.

*Características pessoais.* É uma criança tímida na escola, com os pares e a professora, conforme já referido, e extrovertida e um pouco agressiva com os pais.

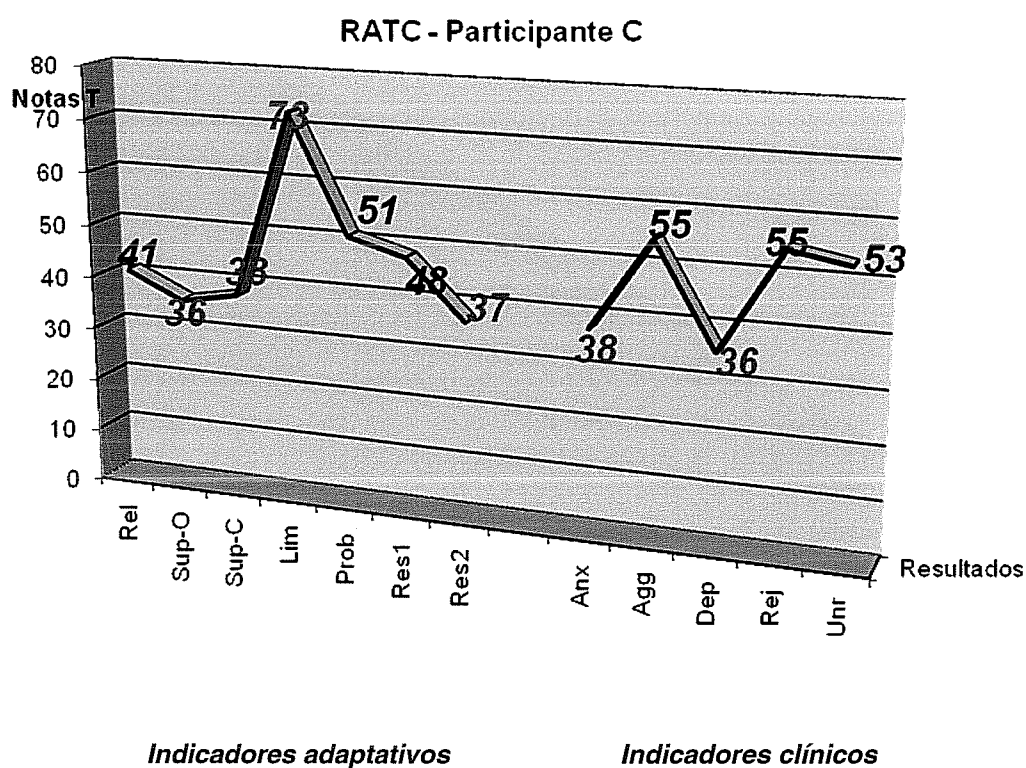
Quando é contrariada reage com birra e, por vezes, com agressividade excessiva, principalmente com a mãe.

*Saúde.* A dermatite surgiu pela primeira vez aos 6 anos, mas antes desta idade já tinha apresentado outros problemas alérgicos. Aos olhos dos pais esta criança é muito frágil fisicamente e necessita de protecção permanente. Provavelmente esta percepção é sobredimensionada e sem factos concretos que a sustentem.

*Antecedentes familiares ao nível da atopia.* Não foram referidos.

### *Resultados do Roberts Apperception Test for Children*

**Ilustração 3-Resultados obtidos pela participante C no RATC**



### *Interpretação dos Resultados Quantitativos*

Da análise unicamente das escalas adaptativas e clínicas, esta criança aparenta um perfil, reflectido na ilustração 3, relativamente ajustado, destacando-se, todavia, um resultado excessivamente elevado na escala LIM, indicador do controlo exacerbado, que a criança percebe, por parte das figuras de autoridade. Também são de assinalar os resultados abaixo da média nas escalas SUP-O e SUP-C, indicadores, respectivamente, da ausência da percepção dos outros enquanto apresentando interacções positivas e da auto-percepção negativa relativamente à assertividade e aos comportamentos que revelam auto-eficácia.

O que mais se destaca nesta criança, são, no entanto, os resultados nas escalas adicionais, ATY, MAL e REF, indicadores de psicopatologia. Das respostas atípicas, importa destacar duas, relacionadas com a interacção com a mãe. Uma delas foi apresentada a contar uma história acerca de um cartão designado pelos autores como *suporte maternal*. A resposta a este cartão revela, normalmente, o tipo de relação que a criança mantém com a mãe. A presente criança distorceu o conteúdo deste cartão, o que pode ser indicador da interacção problemática que estabeleceu com a mãe. Outra resposta atípica foi apresentada num cartão que elicita, igualmente, a interacção com a mãe, mas normalmente relacionada com sentimentos de ciúme e/ ou rejeição. As respostas codificadas com MAL e REF referem-se, principalmente, a cartões com conteúdos ansiogénicos, agressivos e com temáticas de interacção conjugal e familiar.

*Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,14</b>	2,30	2,33

**Tabela 15 - Dados do IVIA obtidos pela participante C**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	3,00	<b>3,38</b>	2,56

**Tabela 16 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante C**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,00</b>	2,85	2,22

**Tabela 17 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante C**

### Análise dos Resultados

Observando os resultados obtidos pela participante e pela sua mãe, verifica-se que há concordância relativamente à dimensão que obtém um valor mais elevado, *Vinculação Segura*, cujos itens reflectem a confiança nos outros e em si própria. Por outro lado, os dados do inventário respondido pelo pai, indicam que o mesmo percebe a sua filha como tendo uma *Vinculação Ansiosa/Ambivalente*, ou seja, que se preocupa e está apreensiva com o relacionamento interpessoal (ver tabelas 13, 14 e 15).

### SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional

Dimensões	Somatização	Obsess compul	Sensib Interp	Depressão	Ansie dade	Hostili dade	Ansied Fóbica	Ideaç Paran	Psicoti cismo
Média	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,40
Desvio padrão	0,48	0,53	0,54	0,45	0,48	0,70	0,38	0,56	0,42
Valor Limite	1,03	1,51	1,27	1,10	1,15	1,39	0,67	1,50	0,82
Pai Particip C	0,17	1,7	1,67	1,15	0,9	1,33	0,29	1,83	0,8
Mãe Particip C	2,17	2,50	1,22	2,15	1,50	1,33	1,43	1,5	1,6

**Tabela 18 - Valores dos pais da Participante C obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.**

### Análise dos Resultados

Da análise dos resultados obtidos no SCL-90 pelos pais da participante C, verifica-se que a maioria das escalas se situa significativamente acima da média,

indicando psicopatologia nos dois pais. Quanto ao progenitor, os valores mais afastados do valor limite são os relativos à dimensão da *Somatização*, ou seja, indicia significativo mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, e à dimensão da *Sensibilidade Interpessoal*, a qual reflecte sintomatologia de auto-depreciação e dificuldade e expectativas negativas no relacionamento com os outros. Relativamente à progenitora, os valores elevados em todas as escalas reflectem, sem dúvida, a existência de psicopatologia, principalmente nas dimensões da *Somatização*, *Depressão*, *Obsessão - Compulsão* e *Ansiedade Fóbica*. As queixas somáticas frequentes, a diminuição de energia e perda de interesse, a rigidez de pensamento e o medo persistente, irracional, a determinados objectos e situações específicas, são alguns dos sintomas presentes e indicadores de perturbação (ver tabela 18).

## Participante D

Nota: A recolha da informação foi efectuada no ambiente natural (residência) da criança.

*Caracterização Familiar*

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>	<b>Irmão</b>
<b>Idade</b>	46 anos	44 anos	14 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	Licenciatura	Licenciatura	9º ano
<b>Profissão</b>	Advogado	Escritora	

Tabela 19 - Caracterização familiar da participante D

*Dados do Questionário de Auto-Avaliação*

*Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas*

Fica muito feliz quando está a andar a cavalo e gostaria de vir a ser professora de equitação. Quando as amigas não querem brincar com ela fica triste e procura ultrapassar este estado, brincando e conversando com os bonecos que tem no quarto. Fica zangada quando é contrariada e quando a obrigam a tomar banho, quando não quer. Refugia-se também no quarto, para ultrapassar a zanga. O medo surge com histórias e filmes de terror, procurando evitá-los. Quando está preocupada, ou a viver algumas das emoções referidas, pede a ajuda da mãe, a qual conversa com ela.

### *Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida*

Gostava de praticar natação e não o faz devido à DA.

Quando o eczema “deita um líquido que arde, coço-me muito e isso é o que mais me incomoda nesta doença”. Às vezes dorme mal por causa do prurido.

Apesar de saber que quando aplica o creme na pele virá a sentir alívio, na altura não o quer fazer, resistindo bastante. Refere que, no imediato, sente que a pele adere à roupa, o que é bastante desagradável; sente frio e depois calor, o que também não é confortável. Apenas 3h depois da aplicação do creme é que deixa de sentir o ardor e o prurido e a pele fica macia.

### *Anamnese (Dados Obtidos Junto da Mãe)*

*Gravidez e parto.* Foi uma gravidez desejada e sentiu-se bem, física e psicologicamente, durante a mesma. Não houve qualquer complicação com o parto.

*Cuidadores durante os primeiros tempos de vida.* A mãe, com a ajuda da empregada, foi a principal cuidadora da criança durante os primeiros 11 meses.

*Sono da criança.* Sempre dormiu bem. A partir dos 6 meses deixou o quarto dos pais e passou a dormir no seu quarto. Se, por acaso, acorda durante a noite, vai para o quarto dos pais. Antes de adormecer gosta de ler uma história e de conversar na cama.

*Alimentação.* Foi amamentada até aos 3 meses. Actualmente, come com apetite, mas rejeita muitos dos alimentos necessários, tais como legumes e fruta. Por vezes tem peso excessivo, pelo que tem de ser vigiada.

*Higiene.* A mãe ajuda-a no banho. Resiste bastante, sendo frequente o conflito entre mãe e filha na hora do banho diário, pois no final deste, a mãe aplica-lhe o creme, que a criança rejeita. Este facto tem dificultado a aquisição da autonomia, ao nível da higiene pessoal, por parte da criança.

*Desenvolvimento psico-motor.* A mãe não se lembra com que idade se sentou, mas crê que terá sido na idade usual. Quase não gatinhou e começou a andar com 12 meses. Adquiriu o controlo dos esfíncteres com cerca de 24 meses. Não teve problemas na aquisição da linguagem, mas a mãe não se lembra da idade certa em que isso aconteceu.

*Desenvolvimento escolar e social.* Aos 8 meses os pais fizeram uma tentativa de integração da criança numa creche, sem sucesso, devido à grande dificuldade de adaptação. Esteve apenas durante 2 semanas e voltou a permanecer em casa com a mãe, com quem ficou mais 3 meses, após o que contrataram uma ama. Voltou a ingressar na creche com 2 anos de idade. A adaptação foi satisfatória. Actualmente não são referidas quaisquer dificuldades ao nível do relacionamento com os adultos ou com os pares. Segundo a mãe, a participante D tem grande facilidade nas actividades que exigem maior criatividade, tais como a escrita e o desenho.

*Envolvimento relacional.* Sempre viveu com os pais e o irmão. Gosta de se entreter sozinha quando brinca, apesar de também o fazer com uma vizinha amiga. Sempre gostou muito de brincar com bonecas, de falar com as bonecas. O ano passado contaram-lhe uma história de terror na qual participava uma boneca assassina e esteve cerca de 6 meses perturbada, tendo pedido à mãe para retirar todas as bonecas do quarto.

*Características pessoais.* Descrita pela mãe como uma criança muito especial, intuitiva, bem-disposta e muito afectuosa com todos os elementos da família mais próxima. Descrita igualmente, como teimosa, principalmente com a mãe.

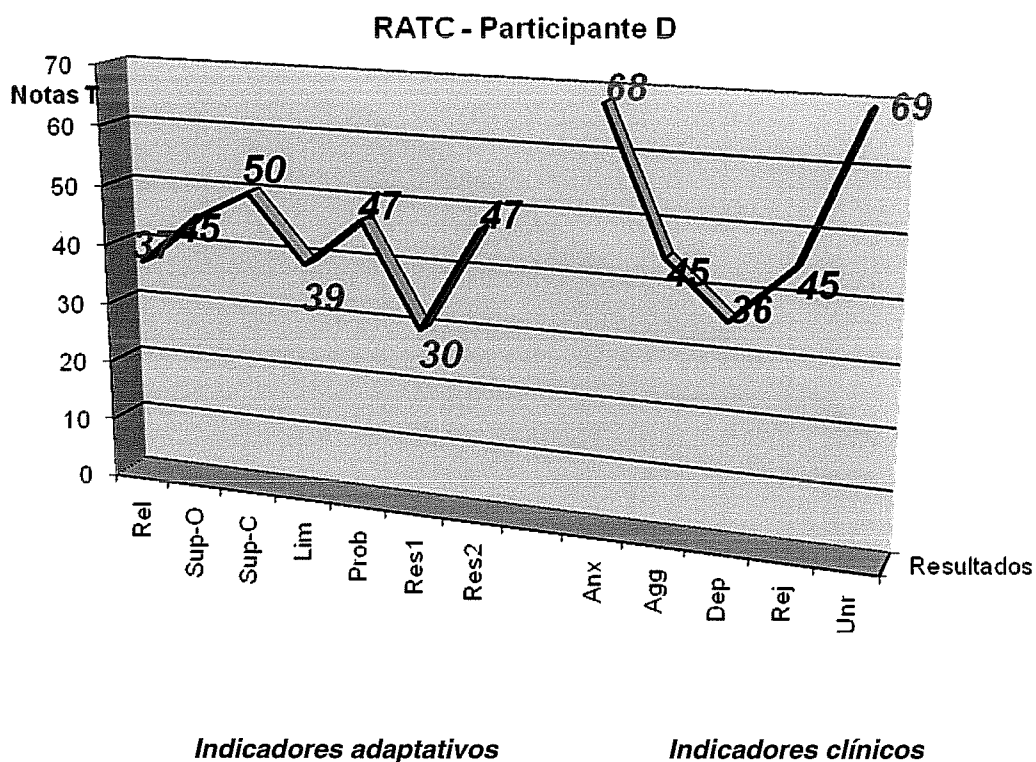
*Saúde.* Para além do eczema atópico, foi referida a existência da rinite alérgica e de dores de cabeça. Os primeiros sintomas da DA surgiram por volta dos 4/5

anos de idade. A DA agrava-se quando ingere alguns alimentos, tais como chocolate e morangos, assim como na Primavera e no Verão. A única alteração na rotina da família, provocada pela DA, surgiu ao nível dos banhos da criança e da necessidade de aplicar o creme, cerca de 3 vezes por semana.

*Antecedentes familiares ao nível da atopia. O tio materno é asmático.*

### *Resultados do Roberts Apperception Test for Children*

**Ilustração 4 - Resultados obtidos pela participante D no RATC**



### *Interpretação dos Resultados Quantitativos*

No perfil desta criança, exposto na ilustração 4, sobressai de imediato uma elevação das escalas clínicas, comparativamente com as escalas adaptativas. Iniciando a análise dos resultados quantitativos, por esta última, interessa referir que o baixo resultado na escala REL poderá ser indicativo da falta de capacidade da criança em utilizar a ajuda dos outros para enfrentar as suas dificuldades, sejam elas intrínsecas ou extrínsecas. O facto da criança não recorrer aos outros poderá indicar que estes são percebidos como incapazes ou indisponíveis para a ajudarem. De qualquer forma, a percepção que a criança possui acerca das pessoas do seu meio, no sentido de lhe prestarem auxílio (ainda que possa não ser solicitado), não está totalmente comprometida, atendendo ao resultado dentro da média na escala SUP-O. A sua auto-imagem também se encontra íntegra (SUP-C dentro da média). O baixo resultado na escala LIM poderá indicar que a apresentação dos limites a esta criança poderá não ser da forma mais apropriada. O resultado, dentro da média, na resolução de problemas 2 indica que a criança resolve os problemas de uma forma criativa. No entanto, verifica-se que a escala clínica UNR está muito elevada, o que representa que muitos dos problemas com os quais se depara acabam por não ter solução. De destacar, por último, o resultado bastante acima da média na escala de ansiedade. O medo e a preocupação são os conceitos mais utilizados nas respostas cotadas com a ansiedade, havendo grande variedade nos temas apresentados: interacção com os pares, com os pais, os pais entre si e situações intrínsecas.

*Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,29</b>	1,69	3,67

**Tabela 20 - Dados do IVIA obtidos pela participante D**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,43</b>	1,62	2,56

**Tabela 21 - Dados do IVIA respondido pelo pai da participante D**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,86</b>	1,62	1,78

**Tabela 22 - Dados do IVIA respondido pela mãe da participante D**

### *Análise dos resultados*

Nesta participante existe concordância na percepção que os pais e a própria têm relativamente aos seus comportamentos de vinculação. Assim, todos eles obtiveram um resultado mais elevado na dimensão *Vinculação Segura*, o que poderá ser indicador de que a criança apresenta comportamentos que mostram auto-confiança e confiança nos outros (ver tabelas 17, 18 e 19).

### *SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional*

Dimensões	Somatização	Obsess compul	Sensib Interp	Depressão	Ansie dade	Hostili dade	Ansied Fóbica	Ideaç Paran	Psicoti cismo
Média	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,40
Desvio padrão	0,48	0,53	0,54	0,45	0,48	0,70	0,38	0,56	0,42
Valor Limite	1,03	1,51	1,27	1,10	1,15	1,39	0,67	1,50	0,82
Pai Particip D	0,17	0,9	0,33	1,08	0,7	0,17	0,43	1	0,5
Mãe Particip D	0,75	0,6	0,44	1,31	0,6	0,5	0,57	1	0,6

**Tabela 23 - Valores dos pais da Participante D obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.**

### *Análise dos Resultados*

Analisando os resultados dos pais da participante D, no inventário SCL-90, verifica-se que, de um modo global, os valores situam-se na média, ou um pouco acima da média nalgumas escalas, ultrapassando o valor limite numa das escalas. Assim, quanto ao progenitor, cinco das nove escalas encontram-se acima da média, sendo mais significativo o valor obtido na escala da *Depressão*, o qual pode revelar sinais de isolamento, de perda de interesse e de motivação. Relativamente à mãe, os resultados em cinco escalas situam-se acima da média, encontram-se o valor na escala da depressão significativamente elevado, indiciando possíveis problemáticas nesta dimensão (ver tabela 23).

## Participante E

Nota: A recolha da informação foi efectuada no consultório.

*Caracterização Familiar*

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>	<b>Irmã</b>
<b>Idade</b>	41 anos	40 anos	6 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	12º ano	Bacharelato	1º ano
<b>Profissão</b>	Operador de TV	Secretária	

Tabela 24 - Caracterização familiar do participante E

*Dados do Questionário de Auto-Avaliação**Auto-Percepção sobre as Emoções e sobre as Estratégias Utilizadas para Lidar com aquelas Sentidas como Negativas*

Gosta bastante de jogar futebol, apesar de não jogar num clube (pratica natação e os pais preferem que domine esta actividade antes de se dedicar a outra). Fica triste quando a mãe se zanga com ele. Por vezes também fica zangado com a mãe, quando o obriga a fazer coisas que não quer. Para ultrapassar estas dificuldades recorre ao pai, o qual, considera que o compreende melhor.

### *Auto Avaliação Acerca da Influência da DA na Qualidade de Vida*

A DA é pouco grave, considerando a criança que não houve qualquer alteração na sua qualidade de vida, apesar da doença. De qualquer forma, o que mais o incomoda é a comichão, mas que raramente lhe afecta o sono.

#### *Anamnese (Dados Obtidos Junto da Mãe)*

*Gravidez e parto.* Foi uma gravidez desejada e planeada e sentiu-se bem, física e psicologicamente, durante a mesma. Não houve qualquer complicação com o parto. Após o parto surgiu uma complicação, que obrigou a nova intervenção médica junto da mãe, mas que não trouxe quaisquer sequelas.

*Cuidadores durante os primeiros tempos de vida.* A mãe, até aos 4 meses e depois a avó paterna, até aos 3 anos. Esta avó faleceu há cerca de um ano, mas segundo a mãe, apesar da relação próxima existente entre os dois, o filho não apresentou qualquer comportamento preocupante.

*Sono da criança.* Sempre dormiu bem. A partir dos 9 meses deixou o quarto dos pais e passou a dormir no seu quarto. Actualmente continua a dormir bem e raramente chama os pais durante a noite, apenas se estiver doente.

*Alimentação.* Foi amamentado até aos 4 meses. Até aos 3 anos comia com dificuldade e pouco. Actualmente, a mãe considera que come bem.

*Higiene.* É autónomo relativamente à sua higiene pessoal desde os 8 anos.

*Desenvolvimento psico-motor.* A mãe não se lembra com que idade se sentou e começou a gatinhar, mas crê que terá sido na idade usual. Começou a andar com 12 meses e adquiriu o controlo dos esfíncteres com cerca de 24 meses. Não teve problemas na aquisição da linguagem, tendo sido referidas apenas dificuldades, já ultrapassadas, ao nível da dicção de algumas palavras.

*Desenvolvimento escolar e social.* Começou a frequentar a creche aos 3 anos e demorou cerca de uma semana a adaptar-se. Actualmente é uma criança bem adaptada à escola, revelando, apenas, algumas dificuldades na aprendizagem da língua portuguesa. Tem, segundo a mãe, bom sentido de humor, o que nem sempre é apreciado por todos os professores, “tem muita energia e gosta de se evidenciar, perturbando o funcionamento das aulas” (mãe).

*Envolvimento relacional.* Sempre viveu com os pais e a irmã, após o nascimento desta. Para além destes, convive com alguma frequência com a avó materna. Gosta de brincar com a irmã e com os amigos da família.

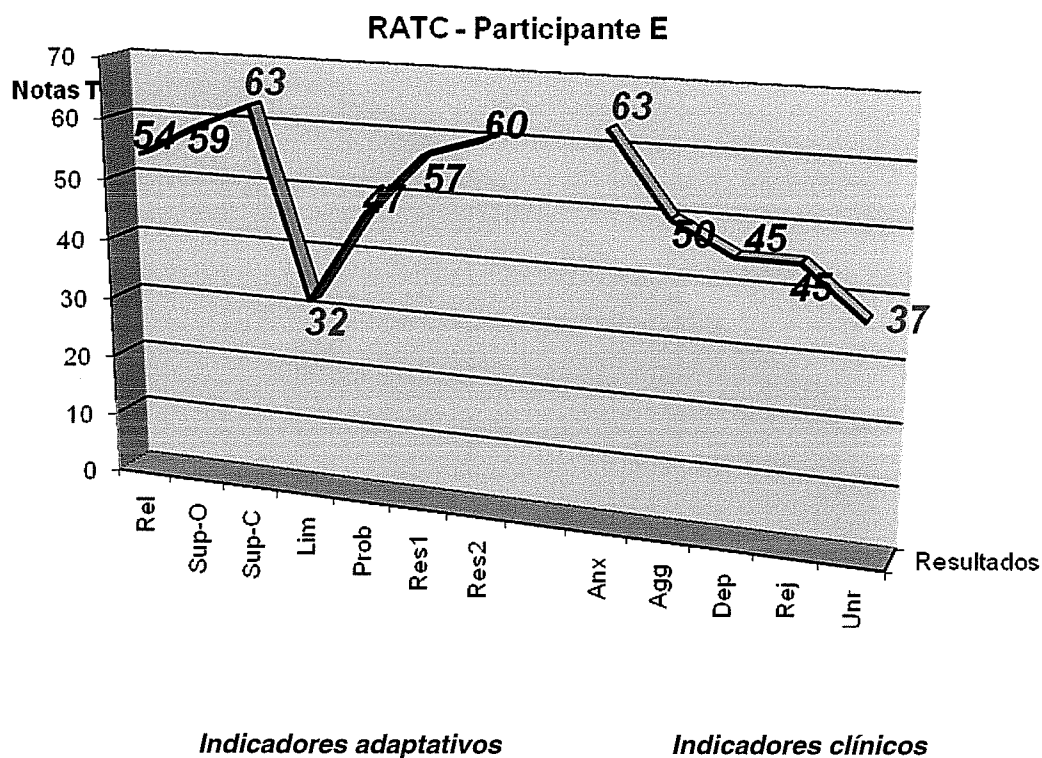
*Características pessoais.* É uma criança extrovertida e bem-disposta.

*Saúde.* Para além do eczema atópico, foram referidas otites frequentes. Os primeiros sintomas da DA tiveram início aos 3 anos. Nunca foi sentida pela família como problemática, atendendo à pouca gravidade da mesma. A criança resiste bastante à aplicação do creme, pois sente que é pegajoso.

*Antecedentes familiares ao nível da atopia.* Não foram referidos.

*Resultados do Roberts Apperception Test for Children*

**Ilustração 5 - Resultados obtidos pelo participante E no RATC**



Nota: apesar desta criança ter já 10 anos, optou-se pela transformação das notas brutas nas notas T para a população portuguesa, as quais foram obtidas apenas para crianças até aos 9 anos. De qualquer forma, estes resultados foram comparados com os da amostra da população americana, para os 10 anos, e as diferenças não são significativas.

### *Interpretação dos resultados quantitativos*

De uma forma global, este é um perfil de uma criança “bem adaptada” (ver ilustração 5). A média das escalas adaptativas é claramente superior à média das escalas clínicas. Trata-se, de acordo com os resultados desta prova, de uma criança que percebe os outros como disponíveis para lhe prestarem apoio quando necessita, que recorre a eles e obtém o apoio solicitado (escalas REL e SUP-O). A própria criança tem recursos internos para enfrentar eventuais obstáculos que surjam na interação com os outros (SUP-C) e apresenta soluções construtivas para resolver as dificuldades. Comparando-se este perfil com o dos resultados aferidos para a população americana, para crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, verifica-se que há uma grande semelhança nos indicadores adaptativos, excepto ao nível da capacidade de identificar os problemas, a qual baixa para o valor 35 (nota T).

Nas escalas clínicas a única elevação surge na escala da ansiedade, mas, de qualquer forma, não é muito superior à média. Todavia, se observarmos os dados aferidos para a população americana, a pontuação na escala da ansiedade sobe significativamente para 75 (nota T), o que pode ser indicador de uma perturbação a este nível.

*Inventário sobre a Vinculação para a Infância e a Adolescência (IVIA)*

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,64</b>	2,23	2,67

**Tabela 25 - Dados do IVIA obtidos pelo participante E**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>3,14</b>	1,85	2,11

**Tabela 26 - Dados do IVIA respondido pelo pai do participante E**

	Vinculação segura	Vinculação ansiosa/amb.	Vinculação evitante
Valores totais ponderados	<b>4,71</b>	1,31	1,89

**Tabela 27 - Dados do IVIA respondido pela mãe do participante E**

### *Análise dos Resultados*

Os valores totais ponderados foram, nos três inventários, mais elevados nos itens que correspondem à dimensão *Vinculação Segura*. Estes resultados poderão ser indicadores que os pais e a criança têm uma mesma percepção relativamente aos comportamentos de vinculação desta última e que vão no sentido da confiança no próprio e nos outros (ver tabelas 21, 22 e 23).

### *SCL 90-R – Inventário de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional*

Dimensões	Somatização	Obsess compuls	Sensib Interp	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paran	Psicoticismo
Média	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,40
Desvio padrão	0,48	0,53	0,54	0,45	0,48	0,70	0,38	0,56	0,42
Valor Limite	1,03	1,51	1,27	1,10	1,15	1,39	0,67	1,50	0,82
Pai Particip E	0,67	0,8	0,33	0,46	0,6	1,33	0,14	1,33	0,4
Mãe Particip E	0	0,6	0	0,23	0	0,17	0	0,17	0

**Tabela 28 - Valores dos pais do Participante E obtidos no SCL-90 e valores para a população portug.**

### *Análise dos Resultados*

Da observação da tabela 28, verifica-se que, de uma forma global, os valores obtidos no SCL-90 pelos pais do participante E situam-se dentro ou abaixo da

média dos valores encontrados para a população portuguesa, o que poderá ser indicador de inexistência de psicopatologia. Relativamente à mãe do participante não foi obtido um único resultado acima da média. Quanto ao pai, nos seus resultados verifica-se que em três escalas, *Somatização*, *Hostilidade e Ideação Paranóide*, os valores encontram-se acima da média e na escala *Hostilidade* o valor é significativamente elevado. Este valor referido por último pode indicar a existência de pensamentos, emoções e comportamentos que reflectem a agressividade, cólera, irritabilidade e o ressentimento.

## Análise Global dos Resultados Obtidos em Cada Caso

### *Participante A*

A participante A é oriunda de uma família de classe média/alta, em que ambos os pais são licenciados e bastante activos profissionalmente. A preocupação com a melhoria do nível de vida é uma constante no casal, principalmente no elemento masculino. A dermatite atópica foi classificada pelo médico como muito grave e a família, pais e criança, sente que existem algumas consequências na qualidade de vida da mesma, devido a esta doença. Os pais sentem, principalmente que, se não existisse a doença, dariam mais atenção às outras duas filhas.

Relativamente à primeira questão colocada no início deste estudo: *verificar se existe uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, nas crianças da amostra*, pode destacar-se que nos resultados obtidos no Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência, no qual a criança auto-avaliou os seus pensamentos e comportamentos, no somatório das respostas aos vários itens, verifica-se que a dimensão mais cotada é a da vinculação segura. O mesmo acontece no Inventário respondido pelo pai, através do qual poderíamos classificá-la, também na dimensão segura. Quanto à avaliação efectuada pela mãe relativamente aos pensamentos e comportamentos da filha, verifica-se que a dimensão da vinculação ansiosa-ambivalente é a que contém o somatório mais elevado.

Os dados obtidos através do RATC, de certa forma, corroboram a existência de uma vinculação segura (dados do IVIA da criança e do pai), na medida em que nas escalas adaptativas, nomeadamente naquelas em que é possível entender-se até que ponto a criança solicita apoio aos pais para resolver os problemas e

percepciona os outros como alguém que pode ajudá-la a enfrentar os obstáculos, os resultados encontram-se acima e na média, comparativamente com os resultados obtidos pela amostra das crianças portuguesas consideradas bem ajustadas.

Dos dados recolhidos através dos dois questionários, de auto-avaliação e anamnese e que poderão trazer alguma informação relativamente à vinculação entre a criança e os pais, verifica-se que, o que a faz mais feliz é a reunião de toda a família, havendo ansiedade e medo que isso não aconteça. Sobressai alguma dependência relativamente a terceiros, nomeadamente nas respostas em que os pais frisam que a criança não se entretém sozinha, necessitando sempre de companhia. Estes dados corroboram o resultado do IVIA da mãe, no qual a dimensão mais cotada é, como já referido, a da vinculação ansiosa- ambivalente. Pode afirmar-se então, que não existem dados suficientemente esclarecedores quanto à primeira questão.

Relativamente à segunda questão: *verificar se as crianças da amostra apresentam sintomatologia psicopatológica*, observa-se que os resultados nas escalas clínicas do RATC se encontram dentro da média, ou até abaixo da média, ou seja, são indiciadores de um desenvolvimento psicológico adaptativo. Foi referido, aquando da análise da prova que, seria de esperar, atendendo aos dados da anamnese, que a criança apresentasse, na escala da ansiedade, resultados mais elevados, podendo estar a efectuar alguma restrição das suas emoções. O resultado, quase acima do esperado para uma criança da sua idade, na escala LIM, que reflecte a forma como a criança percepciona que os pais lhe impõem determinados limites, poderá corroborar esta inibição de algumas emoções.

Dos dados recolhidos na auto-avaliação e na anamnese, verifica-se que se trata de uma criança receosa, “preocupa-me que os meus pais se vão embora e me deixem sozinha” e a mãe, ao descrevê-la, referiu “ a minha filha parece um poço sem fundo, damos-lhe tanto carinho, mas parece que nunca chega”. Os pais

referiram, ainda, que é uma criança bem-disposta, amiga de todos, mas também, ansiosa e teimosa.

Relativamente à última questão: *verificar se os pais das crianças da amostra apresentam sintomatologia psicopatológica*, pode destacar-se que, da avaliação, através do SCL-90, não há indicadores de psicopatologia, no caso do pai, no entanto, a mãe revela alguma sintomatologia depressiva.

### *Participante B*

A família da participante B pertence a um nível sócio-económico médio/alto. Os pais estão bastante envolvidos nas suas actividades profissionais, regressando diariamente tarde a casa. A avó materna e a empregada são os elementos mais presentes, junto da participante e da irmã, nos dias de semana. A dermatite atópica foi classificada pela médica como apresentando uma gravidade média. No que respeita às repercussões da doença, a criança contou-nos que sentia que os colegas a achavam “esquisita” por causa da doença e que não se sentia bem na escola.

No que respeita à questão: *verificar se existe uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, nas crianças da amostra*, interessa destacar que na auto-avaliação da criança faz através do IVIA, a dimensão mais cotada é a da vinculação evitante. Respostas como: muitas vezes e quase sempre “é difícil confiar totalmente nas outras pessoas”, “prefiro não mostrar os meus sentimentos”, “prefiro não depender das outras pessoas” e “não vale a pena expressar os meus sentimentos”, são alguns dos exemplos que contribuíram para que esta dimensão surgisse com um somatório elevado. Relativamente aos IVIA respondidos pelos pais, em ambos a criança é percebida com uma vinculação segura. Pode colocar-se a hipótese de que os pais desconhecem as

verdadeiras necessidades desta criança, ou que a auto-percepção é mais negativa comparativamente com os comportamentos apresentados. Estes dados corroboram os dados do RATC relativamente à não percepção dos outros como fonte de possível suporte, optando por resolver os problemas sem ajuda de terceiros.

Relativamente à segunda questão: *verificar se as crianças da amostra apresentam sintomatologia psicopatológica*, importa referir que dos dados do RATC, quanto aos indicadores clínicos, a escala da ansiedade apresenta um valor muito acima da média, assim como a não resolução dos problemas. O dado acerca da ansiedade corrobora a informação transmitida pelos pais quando a avaliaram como uma criança ansiosa, principalmente com os testes.

Sobre a questão da *existência da eventual psicopatologia nos pais*, refira-se que os valores nos SCL-90 estão, quase todos dentro da média, sobressaindo, no entanto, as dimensões da Somatização e da Depressão, no protocolo do pai.

### *Participante C*

A participante C é a única filha de um casal da classe média. O grande objectivo na vida deste casal é proporcionar uma vida saudável a esta criança. Da interacção entre os três destaca-se um confronto permanente entre a criança e a mãe, havendo grande agressividade, por vezes física, da filha contra a mãe. Com o pai, parece haver um maior entendimento e afectividade. O eczema atópico desta criança foi classificado como bastante grave pela médica.

Sobre a questão da *dimensão de vinculação que mais sobressaiu na avaliação*, refira-se que, dos resultados do IVIA, tanto da criança, como da mãe, a dimensão da vinculação segura é aquela que surge com um somatório mais elevado. Por outro lado, o IVIA respondido pelo pai reflecte um valor elevado na dimensão da

vinculação ansiosa/ambivalente, ou seja, que se preocupa e está ansiosa e apreensiva com o relacionamento interpessoal. Este último dado corrobora a informação relativamente à timidez que a criança apresenta na escola, assim como os dados do RATC, que reflectem a percepção dos outros como não apresentando interacções positivas (dados da escala SUP-O). O facto de esta família conviver muito pouco com outras pessoas e não facilitar à criança esse mesmo convívio, não será alheio a esta percepção pouco positiva da interacção com os outros.

No que respeita à questão da psicopatologia na criança, importa destacar que os resultados no RATC, nomeadamente os das escalas adicionais, indiciam distúrbio psicológico, o qual interfere com a percepção da realidade (elevado nº de respostas ATY). Apresentou algumas histórias em que as personagens dificultaram a resolução dos problemas (MAL) e recusou a resposta a duas pranchas (REF). Estes três indicadores surgem, normalmente, em crianças com perturbações psicológicas.

Finalmente, quanto à questão da possível existência de psicopatologia nos pais, verifica-se que os resultados do SCL-90 vão no sentido do distúrbio psicológico, em ambos os progenitores, com uma maior clareza no caso da mãe.

#### *Participante D*

A família nuclear da participante D é constituída pelos pais, a própria criança e um irmão de 14 anos. Pertencem a um nível sócio-económico médio/alto e ambos os pais concluíram estudos de nível superior. A mãe revelou uma grande admiração pela filha, destacando a sua capacidade criativa e intuitiva. A gravidade da DA é reduzida.

No que respeita à primeira questão do estudo: *verificar se existe uma maior frequência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante*, nesta criança isso não se confirma. Nos três inventários sobre a vinculação, dos pais e da criança, a dimensão mais cotada foi a da vinculação segura. Os resultados do RATC, de certa forma, corroboram esta conclusão, encontrando-se os dados das escalas relativas à interacção com os outros, REL e SUP-O, respectivamente, muito próximo da média e dentro da média. Também as respostas ao questionário de auto-avaliação e anamnese, vão no mesmo sentido: a criança procura a ajuda da mãe para lidar com as emoções negativas e a mãe indicou que não existem quaisquer problemas de interacção com os outros.

Quanto à segunda questão (eventual psicopatologia na criança), importa destacar os dados do RATC relativamente à escala da ansiedade e da não resolução dos problemas, as quais apresentam notas T acima das esperadas para a população adaptada. O medo e a preocupação são os conceitos mais utilizados nas respostas cotadas com a ansiedade, havendo grande variedade nos temas apresentados: interacção com os pares, com os pais, os pais entre si e situações intrínsecas.

Relativamente à última questão (eventual psicopatologia dos progenitores), importa salientar que, ambos os progenitores, apresentam resultados acima da média na dimensão Depressão.

### *Participante E*

A família do participante E pertence a um nível sócio-económico médio/alto. A DA foi indicada como pouco grave. A criança vive com os pais e com uma irmã de 6 anos.

Quanto à primeira questão do estudo, *verificar se existe uma maior prevalência das dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante*, da análise dos dados do IVIA, observa-se que, a dimensão vinculação segura é a que mais sobressai nos três inventários (dos dois pais e da criança). Estes dados são corroborados pelos dados das entrevistas, nas quais tornou-se evidente que se trata de uma criança que não tem problemas na interacção com os outros, sendo extrovertida e bem-disposta. Também os indicadores adaptativos do RATC revelam uma criança com bons recursos ao nível do relacionamento interpessoal.

Relativamente à segunda questão (*presença de eventual psicopatologia*), verifica-se que poderá haver alguma perturbação ao nível da ansiedade, surgindo diversos sinais de ansiedade nas respostas ao RATC.

Por fim, quanto à *existência de eventual psicopatologia nos pais*, pode observar-se que os resultados obtidos no SCL-90, por ambos os progenitores, não são indicadores de psicopatologia. O único resultado que poderá revelar alguma perturbação é obtido pelo pai na dimensão de hostilidade, o qual poderá reflectir dificuldades em lidar com pensamentos e emoções relacionados com agressividade ou irritabilidade.

## CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos, destaca-se que, nos participantes A, B e C, as dimensões de vinculação ansiosa/ambivalente e evitante, surgiram representadas nos questionários (IVIA), respondidos por alguns dos elementos e corroboradas por outras informações obtidas nas entrevistas ou noutra prova. No entanto, também a dimensão de vinculação segura surgiu nalguns questionários, destes mesmos participantes. Não houve, portanto, uma consistência nas respostas aos vários itens que representavam os pensamentos e comportamentos das crianças, os quais avaliavam a vinculação. Por outro lado, nos participantes D e E, a dimensão de vinculação segura surgiu uniformemente representada por todos os elementos que responderam ao questionário que avaliou a vinculação. É interessante verificar que os participantes D e E são os que apresentam uma DA pouco grave, enquanto que os outros apresentam-na numa forma muito grave e grave. Assim, o objectivo de verificar se as crianças apresentavam uma dimensão de vinculação insegura não pode ser alcançado, na medida em que os resultados não foram suficientemente esclarecedores.

Os resultados obtidos nos participantes de A a C, vão ao encontro das afirmações de alguns autores referidos na Introdução, segundo os quais as crianças com DA sentem-se iam rejeitadas pelas mães e teriam dificuldade em expressar a zanga (Alexander & French, 1948, cit. por Buske-Kirschbaum, A., et al.). Também Spitz (1965, cit. por Sami-Ali, 2002) dizia que a mãe disfarçava a sua hostilidade face à criança, através da ansiedade, o que originava a presença de estímulos contraditórios, por parte de uma mãe que transmitia mensagens contrárias aos seus sentimentos. A ausência da angústia do 8º mês, observada nas crianças com esta doença e documentada por Gauthier (2001a) e a forma de estabelecerem relações com os outros, marcada pela projecção da imagem maternal e não permitindo a individuação, poderão ser factos valiosos para se

entender a presença de uma vinculação insegura nestas crianças. Parafraseando ainda o mesmo autor, as crianças com DA são incluídas cedo demais nos ritmos dos adultos, não podendo, assim, adaptar-se e viver ao seu próprio ritmo, o que, certamente, dificultará, também, a existência de uma vinculação segura. Conforme referiu Canavarro, M. (1999), mães seguras são aquelas que sabem responder aos sinais da criança e que são mães capazes de se descentrarem de si próprias. Ao não perceber quais são os ritmos da criança e ao impor os seus próprios ritmos, uma mãe (ou pai), não mostra ser capaz de se descentrar.

Dos estudos dos autores citados na introdução verifica-se alguma consistência relativamente à prevalência dos níveis altos de ansiedade entre as crianças com DA (Jordan, JM & Whitlock, FA, 1974, White, A., Horne, DJL & Varigos, GA, 1990, citados por Buske-Kirschbaum, A., et al., 2001). Também nas cinco crianças da amostra detectou-se sintomatologia ansiogénica em todas elas, mesmo naquelas cujo perfil evidenciou um desenvolvimento psicológico mais adaptativo. Este dado pode não esclarecer se os sintomas de ansiedade são causa ou consequência da doença. De igual modo, na literatura desconhece-se se a ansiedade é pré-mórbida, ou não. Na sua maioria as crianças queixam-se do prurido provocado pela doença e que o mesmo prejudica o seu sono. Segundo Jordan, JM & Whitlock, já citados, os elevados níveis de ansiedade estariam associados ao aumento de uma resposta condicionada pela coceira, perante o estímulo do prurido. De acordo com as investigações no campo da psiconeuroimunologia, existem influências claras do SNC no sistema imunológico (sabe-se que há alterações específicas no funcionamento deste sistema responsáveis pelo desencadear da DA), as quais são fundamentais para a compreensão da influência da ansiedade na DA; pelo menos no agravamento da doença. Pode assim afirmar-se que o 2º objectivo do estudo foi alcançado, isto é, foi possível verificar a existência de sintomatologia psicológica nas crianças.

Por fim, também nos progenitores foram observados alguns sinais de psicopatologia, apesar da avaliação se basear numa única prova psicológica. A sintomatologia depressiva, foi a mais frequentemente encontrada, tendo havido

cinco pais a apresentarem resultados acima da média na escala da depressão. Na literatura não foram encontrados estudos acerca da psicossintomatologia do pai da criança com DA. Relativamente à mãe, refira-se o estudo de Pauli-Pott et al., 1999, cujas conclusões assinalam que as mães de bebés com DA descreveram-se a si próprias como mais depressivas/desesperadas e ansiosas/ superprotectoras, o que vai ao encontro da predominância da depressão nos perfis dos pais, na presente investigação.

Este estudo teve a particularidade de a amostra ser relativamente homogénea: famílias em que os dois progenitores estão presentes no agregado; pertencentes a um nível sócio - económico médio/alto e crianças com idades entre os 9 e os 10 anos. No entanto não foi possível obter uma amostra homogénea quanto à gravidade da dermatite atópica. Propõe-se que num futuro estudo esta variável seja tida em conta, procurando participantes com doenças de gravidade semelhante, na medida em que este aspecto poderá ser determinante para a avaliação das restantes variáveis.

Como propostas para futuros estudos considera-se, ainda, importante a constituição de amostras com crianças mais novas, ainda antes de o eczema se ter revelado. Desenvolver, por exemplo, um estudo longitudinal com crianças com familiares atópicos e avaliar a relação de vinculação destas com os seus pais. Comparar, mais tarde, os resultados das crianças nas quais surgiu o eczema, com as outras que não ficaram doentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Ader, R., Felten, D. & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego. Academic Press.
- Alexander, F. (1987). *Medicina psicossomática, princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas. (obra original publicada em 1949).
- Achenbach, T.M.(1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. Burlington VT: University of Vermont. Department of psychiatry.
- Batista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Bousquet,J.,Dutau,G., Grimfeld,A. & Prost,Y. (2002). *From atopic dermatitis to asthma*. (1ª edição). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A. & Helhammer, D., (2001). Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*. **70**: 6-16. Consultado em 17 de Fevereiro 2007 através de [www.karger.com/journal/pps](http://www.karger.com/journal/pps)
- Cacioppo,J., Tassinary,L. & Berntson,G. (2004). *Handbook of Psychophysiology*. (2th edition). New York: Cambridge University Press.

- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Coimbra de Matos A. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. (1ª edição). Lisboa : Climepsi Editores.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures: Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Researches.
- Dias, P., Soares, I. & Freire, T. (2004). Percepção do comportamento de vinculação da criança aos 6 anos: construção de uma escala para professores. *Revista Portuguesa de Educação*. **17(1)**: 191-207.
- D'Oliveira, T. (2007) *Teses e dissertações. Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. (2ª edição). Lisboa: Editora RH.
- Ehlers, A., Giel, U. & Strangier, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **63 (4)**: 624-635.
- Fennessy, M., Coupland, S., Popay, J.& Naysmith, K. (2000). The epidemiology and experience of atopic eczema during childhood: A discussion paper on the implications of current knowledge for health care, public health policy and

research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Aug; **54**: 581-589.  
Consultado em 15 de Fevereiro 2007 através de [www.jech.com](http://www.jech.com)

Gauthier, J. M. (1996). *Allergie et identité*. In Sami-Ali. *Allergie & psychosomatique*. (1<sup>e</sup> édition) (pp55-88). Paris: Centre international de psychosomatic.

Gauthier, J. M. (2001a). *L'enfant malade de sa peau*. (2<sup>e</sup> édition). Paris : Dunot.

Gauthier, J. M. (2001b). *Maladies de la peau, impasse et pathologie de l'adaptation*. Em Sami-Ali. *La dermatologie*. (1<sup>e</sup> édition) (pp45-57). Paris : Centre international de psychosomatic.

Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. (1<sup>a</sup> edição). Lisboa: Climepsi editores. (obra original publicada em 2002).

Gonçalves, M., Morais, A., Pinto, H. & Machado, C. (1999). *Teste aperceptivo de Roberts para crianças (R.A.T.C.)*. In Simões, M. R., Gonçalves, M. & Almeida, L. (Eds.). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. (1<sup>a</sup> edição). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais/ Associação dos Psicólogos Portugueses.

Haninf, J.M., (1992). *Atopic dermatitis*. Em: Marks, R. *Eczema*. (1th edition). London: Martin Dunitiz.

- Herd, RM, Tidman, MS, Ruta, DA, et al., (1997). Measuring quality of life in atopic dermatitis: correlation and validation of two different methods. *Br J Dermatology*. **136**: 502-507.
- Hollenstein, T., Granic, I., Stoolmiller, M.& Snyder, J. (2004). Rigidity in parent-child interactions and the development of externalizing and internalizing behaviour in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **32(6)**: 595-607.
- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T. & Soares, I. (2007). *Vinculação na adolescência*. In Soares, I. (eds.) *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. (1ª edição). (pp. 99-121). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Letonturier, P. (2004) *Guia Prático de Imunologia Geral*. (1ª edição). Climepsi. Lisboa. (obra original publicada em 2001).
- Lopo, T. (2002). *Laços afectivos maternos na alergia alimentar*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Male, D. (1986) *Immunology , an illustrated outline*. (2nd edition). London: Gower Medical Publishing.
- Marks, R. (1992). *Eczema*. (1th edition). London: Martin Dunitiz.
- McArthur, D.S. & Roberts, G. E. (1995). *Roberts Apperception Test for Children – Manual*. (12th edition). California: Western Psychological Services.

- Mendes Pedro, A. F. (1997). Teorias e modelos em psicossomática: uma nova metodologia para o somático. *Actas do Colégio Internacional de Psicossomática IV Colóquio – ISPA*, (no prelo).
- Pauli-Pot, U., Darni, A. & Beckman, D.(1999). Infants with atopic dermatites: maternal hopeleness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Jan/Feb; **68**: 39-45. Consultado em 30 de Março 2007 através de <http://BioMedNet.com/karger>
- Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from mith. *Psychotherapy and Psychosomatics*. May/Jun; **70**: 118-136. Consutado em 30 de Março 2007 através de [www.karger.com/journal/pps](http://www.karger.com/journal/pps)
- Pruszkowski, A. (2002). *Current epidemiological data*. In Bousquet,J.,Dutau,G., Grimfeld,A. & Prost,Y (Eds.). *From atopic dermatitis to asthma*. (1ª edição) (pp.21-29). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Rabouam, C. & Moralès-Huet, M., (2004). *Cuidados parentais e vinculação*. In Guedney, N. & Guedney (Eds.). *A.Vinculação: Conceitos e aplicações*. (1ª edição). (pp71-88). Lisboa: Climepsi editores. (obra original publicada em 2002).
- Ribeiro, J. L. P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*.**1** (XX): 67-75.

Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (1996). *Immunology*. (4<sup>th</sup> edition). London: Mosby..

Rothe, M., Grant-Kels, J. (1996) Atopic dermatitis: an update. *Journal of American Academy of Dermatology*. **35**: 1-13.

Soares, I. (coord.) (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. (1<sup>a</sup> edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Sami-Ali. (1996) *Allergie & psychosomatique*. (1<sup>e</sup> édition). Paris : Centre international de psychosomatic.

Sami-Ali. (2001). *Manuel de thérapies psychosomatiques*. Paris: Dunot.

Sami-Ali. (2002). *Pensar o somático imaginário e patologia* (2<sup>a</sup> edição). Lisboa: ISPA edições. (obra original publicada em 1987).

Schnake A. (2003). *Los diálogos del cuerpo un enfoque holístico de la salud y de la enfermedad*. (7<sup>a</sup> ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial..

Seiffert, K., Hilbert, E., Schaechinger, H., Zouboulis, C. & Deter, H-C. (2005). Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatites. *Dermatology*. **210**: 286-293. Consultado em 25 de Abril 2007 através de [www.karger.com/drm](http://www.karger.com/drm).

Stern, D. (1980). *Bebé-mãe : primeira relação humana* (1<sup>a</sup> edição). Lisboa : Morais Editores (obra original publicada em 1977).

Stern, D. (2006). *O momento presente na psicoterapia e na vida de todos os dias* (1<sup>a</sup> edição). Lisboa : Climepsi Editores ( obra original publicada em 2004).

Taylor, G. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis* (1th edition). Madison Connecticut : International University Press.

Uchino, B., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (2000). *Psychological modulation of cellular immunity*. In Cacioppo, J., Tassinary, L. & Bernston (Eds.). *Handbook of psychophysiology*. (2<sup>nd</sup> edition). (pp 239-424). Cambridge : University Press.

Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. E. & Santos, A. J. (2003). Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo. *Análise Psicológica*. **4** (XXI): 419-430.

Vicente, L.B. (2005) Psicanálise e psicossomática: uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. **7 (1-2)** : 257-267, ISSN 0874-4696.

## ANEXOS

## Anexo A – Anamnese dos Participantes

**ANAMNESE DOS PARTICIPANTES****Nome da Criança** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Morada  
\_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_

Informação transmitida por \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**1. Identificação Familiar****Pai – Nome** \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Profissão ou Actividade Profissional \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

**Mãe – Nome** \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Profissão ou Actividade Profissional \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

**Irmãos - nomes, idades; ocupações**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Gravidez e nascimento

Foi necessário tratamento pré-natal? \_\_\_\_\_

Como decorreu a gravidez? \_\_\_\_\_

Qual a situação psicológica e fisiológica da mãe durante a gravidez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qual a situação psicológica do pai durante a gravidez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quanto tempo durou a gravidez? \_\_\_\_\_

Condições em que decorreu o parto? (natural, provocado, outra) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primeiras reacções do bebé (chorou espontaneamente, necessitou de oxigénio, outras) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como foi a recuperação da mãe? \_\_\_\_\_

Foi a mãe que cuidou do bebé? \_\_\_\_\_ Se teve ajudas, de quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. Desenvolvimento Geral da Criança

**3.1. Sono.** Em bebé dormia bem? \_\_\_\_\_ Sozinha? \_\_\_\_\_

Se acompanhada, de quem e porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actualmente vai para a cama de boa vontade? \_\_\_\_\_

Sozinha? \_\_\_\_\_ Dorme bem? \_\_\_\_\_ Grita de noite?

\_\_\_\_\_ Tem pesadelos? \_\_\_\_\_ É sonâmbula?

\_\_\_\_\_ Dorme num quarto individual? \_\_\_\_\_ Se sim,

Desde quando? \_\_\_\_\_ Quando acorda de noite, habitualmente o que faz? \_\_\_\_\_

Tem algum ritual para adormecer? \_\_\_\_\_

Algum dos pais, ou ambos, dorme com ela regularmente? \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.2. Alimentação** Foi amamentada? \_\_\_\_\_ Se sim, até que idade? \_\_\_\_\_

Comia: normalmente, de menos, ou de mais? \_\_\_\_\_ Posteriormente,

Quem dava alimentação ao bebé? \_\_\_\_\_ Actualmente, come:

normalmente, de menos, ou de mais? \_\_\_\_\_

Come sozinha? \_\_\_\_\_ Se não, quem ajuda? \_\_\_\_\_

Tem apetite? \_\_\_\_\_ Come à hora da refeição ou quando tem fome? \_\_\_\_\_

Tem algum ritual próprio para a refeição? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.3. Higiene** Quem é o principal responsável pela higiene da criança? \_\_\_\_\_

Desde que idade é que começou a ser responsável por alguma parte da higiene diária? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.4. Psicomotricidade** Com que idade se aguentou sentada? \_\_\_\_\_

Se gatinhou, com que idade? \_\_\_\_\_ Com que idade começou a andar? \_\_\_\_\_

Tinha ou tem o hábito de se balancear? \_\_\_\_\_ E de se agredir?  
\_\_\_\_\_

Até que idade usou fraldas de dia? \_\_\_\_\_ E de noite?  
\_\_\_\_\_

Habitualmente faz xixi na cama? \_\_\_\_\_ É uma criança muito mexida? \_\_\_\_\_

**3.5. Linguagem** Com que idade começou a dizer as primeiras palavras? \_\_\_\_\_

Teve dificuldade na dicção de alguns sons? \_\_\_\_\_

**3.6. Saúde** Tem sido saudável (exceptuando-se o eczema)? \_\_\_\_\_

Se tem alguma doença especifique \_\_\_\_\_ Desde que idade? \_\_\_\_\_

Habitualmente tem febres altas? \_\_\_\_\_ E convulsões?  
\_\_\_\_\_

Teve ou tem muitos problemas de garganta? \_\_\_\_\_ Ouvidos? \_\_\_\_\_

Nariz? \_\_\_\_\_ Esfera digestiva (cólicas, vómitos, outros)? \_\_\_\_\_

Problemas respiratórios? \_\_\_\_\_ Alergias? \_\_\_\_\_ Asma?  
\_\_\_\_\_

Dores de cabeça? \_\_\_\_\_ Depressões? \_\_\_\_\_ Problemas

Oftalmológicos? \_\_\_\_\_ Se efectuou alguma intervenção cirúrgica, qual e em  
que

idade? \_\_\_\_\_ Foi detectada alguma anomalia que deva ser

atentamente cuidada? \_\_\_\_\_ Tem oscilações de peso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ É uma criança ansiosa? \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

#### 4. Escolaridade e outras actividades

Com que idade entrou para a creche/infantário/escola? \_\_\_\_\_ Como foi o período de adaptação? \_\_\_\_\_

Mudou de escola? \_\_\_\_\_ Várias vezes? \_\_\_\_\_ Mostra grande dificuldade nalguma actividade específica? \_\_\_\_\_

Mostra grande facilidade nalguma actividade? \_\_\_\_\_

Pratica regularmente alguma actividade desportiva, expressiva, ou outra? \_\_\_\_\_

Vai satisfeita para a escola? \_\_\_\_\_ É habitual avisar a professora quando algo de

diferente se passa e que pode eventualmente afectar a criança a nível emocional? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ O comportamento em relação à sua maneira habitual de estar é idêntico na escola e em casa? \_\_\_\_\_

O comportamento da criança em relação à disciplina é idêntico na escola e em casa? \_\_\_\_\_

Com quem brinca fora da escola? \_\_\_\_\_

Gosta de estar entretida a brincar sozinha? \_\_\_\_\_ Fala enquanto brinca? \_\_\_\_\_

Como prefere entreter-se? \_\_\_\_\_

Precisa sempre de companhia? \_\_\_\_\_ É tímida? \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Envolvimento Relacional

Com quem vive actualmente? \_\_\_\_\_ Desde quando? \_\_\_\_\_

Se vive separada de algum dos pais, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Algum dos pais se afasta regularmente da criança? \_\_\_\_\_

Recebe apoio diário de outros familiares, amigos ou outras pessoas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em que circunstâncias? \_\_\_\_\_

Quando fica ao cuidado de amigos ou familiares, sem os pais, como se comporta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Hábitos e Regras de Comportamento

A \_\_\_\_\_ família \_\_\_\_\_ superprotege \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ criança?

\_\_\_\_\_

A criança sente-se facilmente frustrada? \_\_\_\_\_ Amua quando contrariada?

\_\_\_\_\_ Quando é frustrada supera harmoniosamente o conflito? \_\_\_\_\_

A família impõe a disciplina normalmente? \_\_\_\_\_ Com regras fixas, flexíveis ou

pontuais? \_\_\_\_\_ É uma criança bem-disposta? \_\_\_\_\_

Afectuosa? \_\_\_\_\_ Com quem? \_\_\_\_\_ Agressiva? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Com quem? \_\_\_\_\_ Teimosa? \_\_\_\_\_ Com

quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tem algum tique? \_\_\_\_\_ Chucha na chupeta ou no dedo? \_\_\_\_\_

Rói as unhas? \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### 7. Dermatite Atópica

Com que idade surgiram os primeiros sintomas? \_\_\_\_\_ É pouco grave, grave ou muito grave? \_\_\_\_\_

Como reagiu a criança à doença, quando ela surgiu? \_\_\_\_\_

E, actualmente, como reage? \_\_\_\_\_

Como reagiram os pais à doença quando ela surgiu? \_\_\_\_\_

E, actualmente, como reagem? \_\_\_\_\_

Tem interferido na rotina/hábitos familiar(es)? \_\_\_\_\_ Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

O que fariam os pais de diferente se a criança não tivesse dermatite atópica? \_\_\_\_\_

E a criança, o que faria de diferente? \_\_\_\_\_

Houve conseqüências ao nível do comportamento escolar? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Houve conseqüências ao nível da autonomia? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Houve conseqüências ao nível da relação com os familiares e amigos? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Quanto tempo dedicam diariamente ou semanalmente ao tratamento da doença? \_\_\_\_\_

---

Observações

---

---

---

---

---

## Anexo B – Auto-Avaliação

**Auto – Avaliação**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**1. Auto-percepção, sentimentos**

O que te faz feliz? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que te põe triste? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que fazes quando estás triste? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que te faz zangar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que fazes quando estás zangado(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De que é que tens medo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que fazes quando tens medo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que faz preocupar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pedes ajuda a alguém quando estás triste, zangado(a), com medo ou preocupado(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Dermate Atópica**

Sentes que por causa da dermatite atópica há actividades que não fazes?

\_\_\_\_\_ Se sim, o quê? \_\_\_\_\_

---

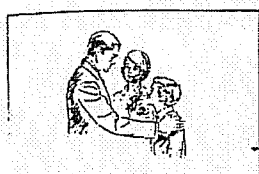
O que é que te incomoda mais na dermatite? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ O que é que fazes para  
ultrapassar o que te incomoda? \_\_\_\_\_

Pedes ajuda a alguém quando o eczema te incomoda? \_\_\_\_\_ A quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Quem é que trata do eczema? \_\_\_\_\_ Quantas vezes por dia/semana?  
\_\_\_\_\_

## Anexo C – Imagens RATC



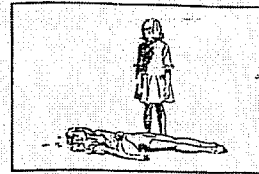
**Card 1B**  
**Family Confrontation**



**Card 2G**  
**Maternal Support**



**Card 3B**  
**School Attitude**



**Card 4**  
**Support/Aggression**



**Card 5G**  
**Parental Affection**



**Card 6B**  
**Peer/Racial Interaction**



**Card 7G**  
**Dependency/Anxiety**



**Card 8**  
**Family Conference**



**Card 9**  
**Physical Aggression**



**Card 10B**  
**Sibling Rivalry**



**Card 11**  
**Fear**



**Card 12G**  
**Parental Conflict/Depression**



**Card 13B**  
**Aggression Release**



**Card 14G**  
**Maternal Limit Setting**



**Card 15**  
**Nudity/Sexuality**



**Card 16B**  
**Paternal Support**

**The RATC Stimulus Cards**

Anexo D – Carta à Professora Marina Carvalho

**From:** Ana Lavado

**To:** marinac@ulusofona.pt

**Sent:** Saturday, November 03, 2007 7:31 PM

**Subject:** FW: pedido de colaboração

Exma Senhora

Professora Marina Carvalho

Estou a realizar uma investigação no âmbito do mestrado em psicossomática, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação do Professor Doutor António Coimbra de Matos. Fiz a minha licenciatura na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, pós-graduei-me em psicoterapias cognitivo-comportamentais, pela Associação Portuguesa de Terapias Cognitivo - Comportamentais, exerço a actividade profissional como coordenadora da Equipa de Lisboa Tutelar Educativo 2, da Direcção Geral de Reinserção Social e como psicoterapeuta na clínica privada "Dermacare", consultório médico de dermatologia e venho-me interessando desde há muito pela importância das relações entre os bebés e crianças e os seus pais.

Presentemente, enquanto mestranda em Psicossomática, procuro investigar a relação de vinculação aos pais em crianças com dermatite atópica. Esta doença, que faz parte do trio da atopia, na qual se inclui também a asma, tem ainda uma etiologia pouco clara, mas sabe-se que é ferozmente agravada perante factores psicológicos disruptivos. Jean-Marie Gauthier (L'Enfant Malade de Sa Peau, 2001) tem vindo a estudá-la e tem verificado que existe alguma especificidade na relação estabelecida entre as crianças com dermatite atópica e as suas mães.

Vou efectuar um estudo qualitativo com cerca de 6 crianças (com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos) e os seus pais. Para conseguir aprofundar o meu estudo sobre estas crianças necessitava de aplicar provas psicológicas e/ou questionários que me permitissem, de uma forma objectiva, avaliar a relação de vinculação entre as crianças e os seus pais, assim como os comportamentos parentais. Através de algumas leituras tive conhecimento de que existem diversas provas, no entanto, porque muitas delas têm sido utilizadas apenas para fins académicos, não estão facilmente disponíveis.

De acordo com a sugestão, referida abaixo, da Senhora Professora Isabel Soares, venho solicitar a possível colaboração no sentido de me facultar a escala IVIA e respectivas normas de cotação.

Agradecendo toda atenção e disponibilidade, aguardo um possível contacto, cumprimentando respeitosamente

Ana Lavado

telef. para contacto: 969045153

Anexo E – Resposta da Professora Marina Carvalho

Boa noite Ana,

Envio-lhe em anexo a medida que desenvolvemos, dirigida a crianças e adolescentes, em formato de auto e hetero-avaliação parental. Envio também, para utilização neste âmbito, o capítulo da minha tese de doutoramento que contém a informação acerca do desenvolvimento da medida e qualidades psicométricas obtidas para a medida.

Se necessitar de mais alguma informação, por favor, diga.

Cumprimentos,

Marina Carvalho

---

MarinaCarvalho  
Professora  
Faculdade de Psicologia da Universidade Auxiliar  
Campo Grande, Lusófona  
1749-024 376  
Portugal Lisboa  
Tel.: 351-217515500  
Fax: 351-217515571  
Endereço electrónico: [marina.carvalho@ulusofona.pt](mailto:marina.carvalho@ulusofona.pt)  
[www.ulusofona.pt](http://www.ulusofona.pt)

## Anexo F – Inventário sobre a Vinculação – Versão Auto

## Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Auto-Avaliação

(Marina Carvalho, Isabel Soares, & Américo Baptista, 2006)

Seguidamente vais encontrar um conjunto de afirmações que descrevem características que as pessoas podem apresentar. Lê cada uma delas e assinala com uma cruz o número que melhor te descreve, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre

1. Preocupo-me se tiver que depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
2. É difícil confiar totalmente nas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
3. Para mim, é mais importante conseguir coisas que manter relações com os outros .....	1	2	3	4	5
4. Preocupo-me com a possibilidade de ser abandonado/a .....	1	2	3	4	5
5. Acredito que as outras pessoas gostam de mim e respeitam-me .....	1	2	3	4	5
6. Para mim, é difícil depender dos outros .....	1	2	3	4	5
7. Gostava de ser mais próximo/a dos meus amigos .....	1	2	3	4	5
8. Gosto de me sentir próximo/a das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
9. Preocupo-me com a possibilidade de ficar sozinho/a .....	1	2	3	4	5
10. É bom estar próximo/a de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
11. Preocupo-me com a possibilidade de não ser aceite pelas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
12. Fico ansioso/a quando alguém se aproxima de mais de mim .....	1	2	3	4	5
13. Prefiro não mostrar os meus sentimentos .....	1	2	3	4	5
14. Sinto-me à vontade se tiver que pedir ajuda aos outros .....	1	2	3	4	5
15. As outras pessoas podem contar comigo quando me pedem ajuda .....	1	2	3	4	5
16. Sei que as outras pessoas estarão presentes quando eu necessitar delas .....	1	2	3	4	5
17. Sinto que posso contar com os outros quando necessitar .....	1	2	3	4	5
18. Preocupo-me que os meus amigos não queiram estar comigo .....	1	2	3	4	5
19. Para mim, é muito importante sentir-me independente .....	1	2	3	4	5
20. As outras pessoas afastam-se de mim porque eu tento estar demasiado próximo/a delas .....	1	2	3	4	5
21. Prefiro não depender das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
22. Quando mostro os meus sentimentos pelos outros, tenho medo que não sintam o mesmo por mim .....	1	2	3	4	5
23. Sinto que os meus pais me compreendem .....	1	2	3	4	5
24. Prefiro que as outras pessoas não dependam de mim .....	1	2	3	4	5
25. Não sei se posso depender de outras pessoas para me ajudarem quando for necessário .....	1	2	3	4	5
26. Tomo-me facilmente dependente das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
27. Peço conselhos aos outros quando estou preocupado .....	1	2	3	4	5
28. Não gosto de contar às outras pessoas o que penso e sinto .....	1	2	3	4	5
29. Preocupo-me por poder não impressionar os outros .....	1	2	3	4	5
30. Acredito que as outras pessoas me rejeitam se eu me comportar mal .....	1	2	3	4	5
31. Respeito os sentimentos das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
32. Posso contar com os meus amigos quando é necessário .....	1	2	3	4	5
33. As outras pessoas aceitam-me tal como sou .....	1	2	3	4	5
34. Não vale a pena expressar os meus sentimentos .....	1	2	3	4	5
35. Confio nas minhas capacidades .....	1	2	3	4	5
36. Expresso claramente o que pretendo .....	1	2	3	4	5
37. Pergunto-me se os meus amigos gostam realmente de mim .....	1	2	3	4	5

## Anexo G – Inventário sobre a Vinculação – Versão Hetero

## Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Hetero-Avaliação

(Marina Carvalho, Isabel Soares, & Américo Baptista, 2006)

Seguidamente vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem características que as pessoas podem apresentar. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz o número que melhor descreve o seu filho/a sua filha, utilizando a seguinte escala:

	1	2	3	4	5
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Preocupa-se se tiver que depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
2. É difícil confiar totalmente nas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
3. Para ele/ela, é mais importante conseguir coisas que manter relações com outras pessoas .....	1	2	3	4	5
4. Preocupa-se com a possibilidade de ser abandonado .....	1	2	3	4	5
5. Acredita que as outras pessoas gostam dele/a e o/a respeitam .....	1	2	3	4	5
6. Para ele/a, é difícil depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
7. Gostava de ser mais próximo dos amigos .....	1	2	3	4	5
8. Gosta de se sentir próximo das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
9. Preocupa-se com a possibilidade de ficar sozinho .....	1	2	3	4	5
10. Para ele/a, é bom estar próximo de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
11. Preocupa-se com a possibilidade de não ser aceite pelas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
12. Fica ansioso/a quando alguém se aproxima de mais dele/a .....	1	2	3	4	5
13. Prefere não mostrar os seus sentimentos .....	1	2	3	4	5
14. Sente-se à vontade se tiver que pedir ajuda a outras pessoas .....	1	2	3	4	5
15. As outras pessoas podem contar com ele/a quando lhe pedem ajuda .....	1	2	3	4	5
16. Sabe que as outras pessoas estarão presentes quando necessitar delas .....	1	2	3	4	5
17. Sente que pode contar com as outras pessoas quando necessitar .....	1	2	3	4	5
18. Preocupa-se que os amigos não queiram estar com ele/a .....	1	2	3	4	5
19. Para ele/a, é muito importante sentir-se independente .....	1	2	3	4	5
20. As outras pessoas afastam-se dele/a porque finta estar demasiado próximo delas .....	1	2	3	4	5
21. Prefere não depender das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
22. Quando mostra os seus sentimentos pelos outros, tem medo que não sintam o mesmo por si .....	1	2	3	4	5
23. Sente que os pais o/a compreendem .....	1	2	3	4	5
24. Prefere que as outras pessoas não dependam dele/a .....	1	2	3	4	5
25. Não sabe se pode depender de outras pessoas para o/a ajudarem quando for necessário .....	1	2	3	4	5
26. Torna-se facilmente dependente das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
27. Pede conselhos a outras pessoas quando está preocupado/a .....	1	2	3	4	5
28. Não gosta de contar às outras pessoas o que pensa e sente .....	1	2	3	4	5
29. Preocupa-se por poder não impressionar as outras pessoas .....	1	2	3	4	5
30. Acredita que as outras pessoas o/a rejeitam se se comportar mal .....	1	2	3	4	5
31. Respeita os sentimentos dos outros .....	1	2	3	4	5
32. Pode contar com os amigos quando é necessário .....	1	2	3	4	5
33. As outras pessoas aceitam-no/a tal como é .....	1	2	3	4	5
34. Não vale a pena expressar os seus sentimentos .....	1	2	3	4	5
35. Confiar nas suas capacidades .....	1	2	3	4	5
36. Expressa claramente o que pretende .....	1	2	3	4	5
37. Pergunta-se se os amigos gostam realmente dele/a .....	1	2	3	4	5

Anexo H – SCL-90- R

## SCL - 90 - R

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE \_\_\_\_\_ INCLUÍDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder.

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca 0	Pouco 1	Moderada- mente 2	Bastante 3	Extrema- mente 4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda do interesse ou prazer sexual					
6. Sentir-se criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado					
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Choro fácil					
21. Sentir timidez ou falta de vontade perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas (cruzes)					
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
	0	1	2	3	4
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado em demasia					
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldades em tomar decisões					
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta o ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo					
53. Nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso ou aflito					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito					
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
	0	1	2	3	4
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou de pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

## Anexo I – Consentimento Informado

### Consentimento Informado

A presente investigação tem como objectivo principal estudar os mecanismos psicológicos e comportamentais associados à dermatite atópica em crianças.

Mais concretamente, pretende verificar se existe um padrão distinto e específico, no desenvolvimento relacional, emocional e de vinculação com os pais, ou com outros adultos significativos, em crianças com dermatite atópica.

Para responder a estes objectivos, serão usados os seguintes instrumentos: um questionário aos pais/ou outro adulto responsável pela criança, para recolher informação sobre a história de vida da criança; uma prova projectiva, o “Roberts Apperception Test for Children”, que avalia o desenvolvimento psicológico da criança; dois inventários sobre a vinculação (relação entre a criança e os pais) para a infância e a adolescência, de auto (avaliação pela própria criança) e hetero-avaliação (avaliação pelos pais) e um inventário de avaliação de eventuais sintomas psicopatológicos, SCL90, a aplicar aos pais. Para tal serão necessárias duas sessões de 45 a 50m com a criança, e uma sessão de cerca de 1h com os pais.

Toda a informação recolhida está sujeita à confidencialidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
 pai/mãe, ou detentor do poder paternal de  
 \_\_\_\_\_, declaro que fui  
 devidamente informado(a) e esclarecido(a) acerca dos objectivos e procedimentos  
 desta investigação e que aceito participar na mesma.