

# Afetividade e Desenvolvimento

## Resumo

O presente artigo discute a natureza, as funções e a neurobiologia do afeto. Os princípios do desenvolvimento afetivo humano são apresentados, enfatizando a importância das relações interpessoais para a organização dos mecanismos regulatórios dos afetos no cérebro. O fracasso dos cuidadores em promover um apego seguro está relacionado a problemas na regulação dos afetos, que podem comprometer o sentimento de segurança, a autoestima e os relacionamentos do indivíduo, e contribuir para a gênese de uma variedade de transtornos mentais. Discute-se a possibilidade de prevenção, através da detecção precoce de bebês em risco para problemas no desenvolvimento do afeto, e a intervenção nos fatores de risco para transtornos mentais na infância.

**Palavras-chave:** desenvolvimento afetivo; apego; neurobiologia; intervenção precoce.

## Summary

This article discusses the nature, functions and neurobiology of affect. The principles of human affective development are presented, emphasizing the importance of interpersonal relations to the organization of regulatory mechanisms of affect in the brain. The failure of the caregivers to promote a secure attachment is related to problems in affect regulation, which can compromise the individual's sense of security, self-esteem, and relationships, and contribute to the genesis of a variety of mental disorders. The possibility of prevention is discussed, through the early detection of infants at risk for problems in affect development, and the intervention in risk factors for mental disorders in childhood.

**Keywords:** affective development; attachment; neurobiology; early intervention.

**Roberto Santoro Almeida<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Presidente do Comitê de Saúde Mental.  
Médico psiquiatra, chefe do Serviço de Saúde Mental do Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro, Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, membro do Departamento de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria, presidente do Comitê de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, psicanalista pela International Psychoanalytical Association, membro efetivo da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro.

## **I – O que é afeto**

Afeto, emoção, sentimento são palavras que se referem a um fenômeno intuitivamente fácil de compreender, mas de difícil definição. Para complicar ainda mais o quadro, cada estudioso do assunto usa uma nomenclatura própria, atribuindo nuances de significado a cada um dos termos<sup>(1-18)</sup>. Assim, em lugar de procurar uma definição completa, deve-se abordar o tema por diversos pontos de vista complementares.

Em primeiro lugar, todo afeto ou emoção compreende um aspecto subjetivo e um aspecto objetivo<sup>(15)</sup>. O aspecto subjetivo (ou mental) corresponde à vivência que o indivíduo tem de determinada emoção (medo, raiva, alegria etc.). O aspecto objetivo (ou físico) se encontra nas modificações corporais presentes em todo afeto (na ansiedade, por exemplo, a aceleração do ritmo cardíaco e da frequência respiratória, a sudorese palmar e plantar). Acrescente-se ainda ao aspecto subjetivo a percepção consciente destas alterações corporais.

Além disto, cada afeto tem uma dimensão expressiva, revelando-se através de modificações na mímica facial, na postura, no ritmo respiratório e nos movimentos corporais<sup>(7,15,18)</sup>. Tais manifestações se dão muitas vezes de maneira inconsciente para o indivíduo, embora se possa suprimi-las até certo ponto. Darwin foi o primeiro a perceber que as expressões afetivas eram muito semelhantes nas diversas culturas humanas, constituindo uma verdadeira linguagem não verbal, com paralelos também entre os animais<sup>(18)</sup>. Ekman mostrou que existem seis expressões faciais básicas de emoção, que são universais: raiva, nojo, medo, alegria, tristeza e surpresa<sup>(7)</sup>.

Pode-se também abordar o fenômeno afetivo do ponto de vista do eu, partindo do polo extremo de uma observação distanciada da emoção ou sua supres-

são, até o outro extremo do indivíduo que perde o controle e é tomado pelo estado emocional<sup>(13,15)</sup>.

Os afetos ocorrem em resposta a objetos externos (pessoas, situações etc.) ou internos (ideias, pensamentos, projeções do futuro) e têm um aspecto comunicativo<sup>(1,5,7,13)</sup>. Através da expressão corporal, podem ser captados por outros indivíduos, e algumas vezes se tornam “contagiosos”<sup>(7)</sup>.

## **2 – As funções dos afetos**

Segundo Siegel, os afetos são organizadores internos, dando significado aos estímulos externos e preparando o organismo para a ação adequada ao contexto<sup>(13,14)</sup>. Similarmente, para Damásio, um afeto corresponde a uma coleção de respostas químicas e neurais com um padrão distinto, que é desencadeada pela presença real ou lembrada de um objeto, preparando o organismo para um conjunto de ações específicas que tem o fim de levar o indivíduo à sobrevivência ou ao bem-estar<sup>(5,6)</sup>.

Os afetos têm, portanto, uma função homeostática, buscando um equilíbrio entre o indivíduo e seu meio, por uma via rápida e automática. Diante de uma situação de perigo, por exemplo, desencadeia-se uma reação de medo, que prepara o organismo, através de modificações fisiológicas, para lutar ou para fugir. O aspecto inconsciente e automático da resposta emocional confere uma vantagem em relação ao processamento racional mais lento, por permitir a pronta ação<sup>(1,4-6,13,14)</sup>.

Os afetos funcionam ainda como avaliadores, concedendo significado e valor positivo ou negativo às diversas situações do mundo objetivo. A valoração afetiva é importante para direcionar o organismo a buscar oportunidades vantajosas em termos de sobrevivência e se afastar de possíveis perigos<sup>(1,4-6)</sup>.

As necessidades biológicas básicas

(fome, sede, comportamentos sexuais etc.) desencadeiam respostas afetivas que motivam o organismo a realizar ações para atender a tais necessidades. Assim, os afetos funcionam como incitadores do interesse e da ação<sup>(1,4,5,6,8,9,11-14)</sup>.

Os afetos permitem a comunicação rápida e sem palavras entre diferentes indivíduos, criando respostas sociais coletivas mais eficientes diante de situações de perigo. Pela sincronização da atividade mental de dois ou mais membros de um grupo, geram comportamentos colaborativos<sup>(1,4,11)</sup>.

A partir de respostas afetivas básicas inatas, transmitidas geneticamente e inscritas no cérebro, formam-se, através das experiências, principalmente as experiências interpessoais, os padrões afetivos mais complexos e diferenciados do indivíduo adulto<sup>(1,4,11-13)</sup>.

## **3 – Neurobiologia dos afetos**

Na busca da compreensão da neurobiologia dos afetos, três perspectivas neurofisiológicas serão apresentadas de forma simplificada: o modelo de cérebro triuno, a assimetria entre os hemisférios cerebrais e o desenvolvimento da memória.

A primeira perspectiva, o modelo de cérebro triuno de Paul MacLean propõe que a arquitetura cerebral humana se divide em três camadas que correspondem a níveis de desenvolvimento evolucionário – três cérebros integrados em uma unidade funcional<sup>(4,10,13,14)</sup>.

O cérebro reptiliano, ou cérebro instintual e motor, correspondente a estruturas superiores do tronco cerebral e aos gânglios da base, elabora os planos motores básicos, comportamentos instintuais como busca de alimento, caça, procura de abrigo, excreção, exibições de agressividade e comportamentos sexuais. Neste nível, se processam os afetos básicos de medo, raiva, e sentimentos sexuais, presentes também nos

répteis<sup>(4,10,13,14)</sup>.

O cérebro paleomamífero, também conhecido como cérebro emocional, corresponde ao sistema límbico, composto pelas seguintes áreas: amígdala, hipocampo, área septal, área préoptica, hipotálamo e área central cinzenta do mesencéfalo. Nesta região se elaboram os processos emocionais que caracterizam os mamíferos: cuidado materno, apego, comportamentos competitivos, lúdicos e sociais<sup>(4,10,13,14)</sup>.

O cérebro neomamífero, exclusivo dos seres humanos, e correspondente ao neocórtex, principalmente nas áreas associativas, em especial a área pré-frontal, está relacionado ao pensamento lógico, à apreciação racional-cognitiva do mundo externo, à linguagem verbal e ao desenvolvimento de uma teoria da mente (a noção de que outros indivíduos possuem mentes independentes). A área pré-frontal integra as informações provenientes do corpo, de outras áreas cerebrais e do mundo externo, responsabilizando-se pelo pensamento racional, pelo planejamento, e pela tomada de decisões. Inibe, modula, e coordena as reações afetivas geradas nos cérebros reptiliano e paleomamífero<sup>(4,10,13,14)</sup>.

As três regiões do cérebro são extensamente interconectadas e funcionam de maneira integrada e hierarquizada – as partes mais recentes em termos evolucionários regulando através de mecanismos inibitórios as partes mais antigas do sistema<sup>(4,10,13,14)</sup>.

A segunda perspectiva contempla as diferenças entre os hemisférios cerebrais. As assimetrias anatômicas entre os hemisférios direito e esquerdo do cérebro ocorrem nas áreas de associação (área pré-frontal e junção occipito-temporo-parietal), e parecem corresponder a diferenças de processamento de informação. Embora as diferenças entre os hemisférios tenham gerado simplifi-

cações e popularizações abusivas, estudos mais rigorosos têm mostrado que, apesar de o funcionamento dos dois hemisférios ocorrer de maneira integrada na maioria das funções psíquicas, cada um dos hemisférios tende a uma forma de processamento específica<sup>(1,4,9,10,13,19)</sup>.

Ao hemisfério esquerdo cabe o processamento linear da linguagem verbal, o raciocínio lógico-matemático e a análise. No hemisfério direito predomina a percepção visuoespacial, a captação sintética das totalidades, a compreensão da linguagem não verbal (a expressão corporal das emoções nos outros e no próprio indivíduo), e o processamento simultâneo e holístico de múltiplas informações<sup>(1,2,4,9,10,13,19)</sup>.

O córtex orbitofrontal direito está relacionado à percepção dos estados corporais e afetivos do indivíduo, à captação da linguagem não verbal de outros indivíduos, e à regulação dos afetos. Seu desenvolvimento é dependente das relações interpessoais com os cuidadores nos primeiros anos<sup>(1-4)</sup>.

A terceira perspectiva aborda o desenvolvimento dos diferentes tipos de memória. O amadurecimento em tempos diferenciados das diversas regiões do cérebro explica a evolução dos processos mnêmicos, fundamentais no gerenciamento dos afetos. No primeiro ano de vida, formam-se unicamente as chamadas memórias implícitas – memórias de sensações corporais, de percepções, de padrões motores, de emoções – que não incluem a contextualização em termos de espaço e de tempo.

As estruturas cerebrais responsáveis pelos registros de tais memórias já funcionam ao nascimento – a amígdala para as memórias emocionais e os gânglios da base e o cerebelo para as memórias de procedimento (registros de padrões de ação). A evocação de tais memórias, que são inconscientes, não se dá com o sentimento subjetivo de re-

memoração, mas como revivescência de emoções, sensações ou padrões de comportamento<sup>(10,11,13)</sup>.

No segundo ano de vida, o desenvolvimento do hipocampo, uma estrutura cerebral límbica, localizada na profundidade dos lobos temporais, permite o registro das memórias explícitas do tipo semântico – memórias de percepções localizadas no tempo e no espaço. As memórias explícitas necessitam, ao contrário das memórias implícitas, da consciência e da atenção focal para serem registradas, e são evocadas com um sentimento subjetivo de lembrança. No entanto, falta a estas memórias a experiência de um eu observador<sup>(10,11,13)</sup>.

Do segundo ao quinto ano de vida, outro tipo de memória explícita se desenvolve, como consequência do desenvolvimento dos lobos frontais – a chamada memória episódica, que inclui um eu observador ou participante que vive a experiência registrada. Como a memória semântica, a memória episódica necessita da consciência e da atenção focal para seu registro e a rememoração se acompanha do sentimento subjetivo de lembrança<sup>(10,11,13)</sup>.

As memórias emocionais são, assim, memórias implícitas, que ressurgem como revivescência das emoções, e que podem ou não estar acompanhadas de memórias explícitas que as contextualizem no tempo, no espaço e na vida pessoal do indivíduo<sup>(10,11,13)</sup>.

#### **4 – O desenvolvimento da vida afetiva**

O desenvolvimento do cérebro se realiza em estágios e tende a uma organização hierárquica. Ocorre em períodos críticos, isto é, em certas fases se torna aberto a influências externas fundamentais para a organização de certas funções, que se veem prejudicadas na ausência dos estímulos necessários<sup>(1)</sup>. Os sistemas genéticos que programam o desenvolvimento do cérebro são ati-

vados e influenciados pelo ambiente pós-natal. As relações interpessoais moldam as estruturas cerebrais, influenciando profundamente a evolução da personalidade<sup>(1-4,11-13)</sup>.

O bebê humano nasce absolutamente desamparado, porque vários de seus mecanismos de autorregulação não funcionam eficientemente<sup>(1-4,11-13)</sup>. Ao contrário de espécies como os insetos, que têm seus programas instintivos plenamente desenvolvidos no momento em que vêm ao mundo, o ser humano tem de ser “programado”, ao longo da infância e da adolescência, através das relações interpessoais<sup>(1-4,11-13)</sup>.

O desenvolvimento humano, base da futura saúde mental, ocorre no contexto de cuidados que a criança recebe de seus pais<sup>(1-4,11-13)</sup>. Os cuidados à criança influenciam profundamente o aprendizado, a formação de relações, a regulação das emoções e o comportamento futuros<sup>(1-4,9-14)</sup>. Perturbações graves nas relações precoces se inscrevem no cérebro em desenvolvimento, gerando problemas mentais de longo prazo<sup>(1-4)</sup>.

Ao longo do primeiro ano de vida, um tipo de relação afetiva especial se desenvolve entre o bebê humano e seus cuidadores primários, uma relação a que Bowlby deu o nome de apego (attachment)<sup>(20-25)</sup>. O apego ocorre pela resposta inata dos pais à dependência absoluta do bebê, e pela tendência também inata do bebê de se relacionar com os pais. A evolução positiva do apego é a base do desenvolvimento do sentimento de segurança da criança, assim como de sua capacidade de regular emoções e pensamentos, de se relacionar com outras pessoas, de manter a autoestima, e de explorar autonomamente o mundo<sup>(20-27)</sup>. Além disto, a capacidade futura de exercer adequadamente a função de pai ou mãe também é em grande parte determinada por estas relações precoces<sup>(13,14)</sup>.

Durante a gravidez, a mulher entra

num estado especial (que o pediatra e psicanalista D. W. Winnicott chamou de preocupação materna primária) em que se vê cada vez mais concentrada nos preparativos para receber o bebê, diminuindo o interesse pelo mundo externo. Além disto, sua capacidade empática aumenta muito, o que se percebe por uma sensibilidade especial às emoções<sup>(28)</sup>. Em termos neurobiológicos, ocorre uma predominância do processamento do hemisfério direito, que, como se viu, é responsável pela compreensão da linguagem não-verbal<sup>(13,14)</sup>. Quando o bebê nasce, a mãe estará apta para entrar em sintonia com os estados corporais de seu filho, podendo perceber suas necessidades físicas e emocionais para atendê-las<sup>(28)</sup>.

Como várias funções regulatórias ainda não podem ser executadas pela criança imatura, tais funções devem ser exercidas pela mãe. A sincronização do estado corporal da mãe em relação ao filho permite a sincronização de seus estados mentais, podendo a mãe regular a mente do bebê<sup>(1,11,13,14)</sup>.

Como diz Winnicott, não é necessário ou adequado um ajuste perfeito. A mãe precisa apenas ser “suficientemente boa”, isto é, ter a capacidade de tolerar o estado de dependência absoluta do bebê, identificar-se com ele para captar e atender as suas necessidades, perceber o bebê como um indivíduo com uma mente própria, e estabelecer uma via de contato de forma que o bebê se sinta suficientemente compreendido e apoiado. Uma vez que rupturas na comunicação são inevitáveis, deve a mãe ser capaz de restabelecer o contato<sup>(13,28,29)</sup>.

É fundamental que a mãe reconheça, contenha, apoie e amplie as experiências de seu bebê, principalmente as experiências emocionais, que, se muito intensas, tendem a desorganizar a mente ainda imatura. Além disto, ao mesmo tempo em que apoia a criança em suas

necessidades, dá espaço para o desenvolvimento da autonomia<sup>(13,28,29)</sup>.

O bebê nasce com um programa de desenvolvimento geneticamente determinado, que se realiza através das interações com os cuidadores. Durante o primeiro ano de vida, várias conexões neurais se organizam, na dependência das experiências interpessoais. O desenvolvimento do cérebro é moldado por tais experiências, que se tornam padrões de ativação inscritos na biologia do indivíduo. Funções regulatórias exercidas pelos pais são internalizadas, se tornando mecanismos de autorregulação. Experiências precoces são registradas como memórias implícitas, emocionais, corporais e de procedimento, tornando-se modelos de trabalho<sup>(1-4,9-13)</sup>.

Durante o cuidado do filho, a mãe comunica-lhe o que percebe de seu estado emocional, de suas intenções e ações, representando simbolicamente, através de palavras, o que se passa na interação entre os dois. Aos poucos, por identificação com a mãe, a criança vai se tornando capaz de representar seu próprio mundo interno e o mundo das relações interpessoais<sup>(10,11,13)</sup>.

Embora desde o nascimento o bebê reconheça a voz e o cheiro da mãe, somente entre o sétimo e oitavo mês de vida a criança mostra uma ligação preferencial com a mãe, manifestada pela ansiedade diante de estranhos e pelo surgimento da ansiedade de separação<sup>(23-26,30-33)</sup>.

No final do primeiro ano de vida, a criança já é capaz de simbolizar suas necessidades através da linguagem, tem um incipiente senso de si mesma, e começa a exercer sua autonomia. A mãe torna-se a base de segurança a partir da qual a criança pode explorar o mundo<sup>(13,23-26,30,32,33)</sup>.

Ao longo da infância e da adolescência, desenvolve-se gradualmente a capacidade de regulação dos próprios

afetos e a autonomia na vida prática, muitas vezes em conflito com necessidades de dependência ainda presentes. Os pais devem manter um delicado equilíbrio entre as intervenções reguladoras necessárias e as ações de promoção da autonomia<sup>(1,11,13)</sup>.

### **5 – Problemas no desenvolvimento da afetividade**

Desde os estudos sistemáticos de Spitz na década de 40<sup>(34)</sup> e Robertson na década de 50<sup>(35)</sup>, sabe-se das consequências graves das separações prolongadas de crianças pequenas dos cuidadores primários, principalmente nos casos de institucionalização. O período de maior risco parece ser do segundo semestre do primeiro ano ao quinto ano, período em que justamente se desenvolve a ligação exclusiva com os cuidadores primários. Atrasos significativos do desenvolvimento físico e mental são consequências comuns de situações de privação grave de cuidados maternos<sup>(20-25,30,34,35)</sup>.

Duas formas clínicas de reação emocional patológica podem surgir nos primeiros cinco anos de vida como consequência de cuidados gravemente inadequados. No transtorno reativo de apego da infância, a criança pode apresentar ausência de respostas emocionais, retraimento excessivo, respostas agressivas a tentativas de interação, ou hipervigilância assustada. No transtorno de apego com desinibição da infância, há um padrão de sociabilidade fácil, superficial e indiscriminada<sup>(36-37)</sup>.

Como consequências de longo prazo, pode haver maior tendência ao desenvolvimento de transtornos mentais, superficialidade indiscriminada nas relações interpessoais, tendências antisociais, e ausência de empatia<sup>(24,25,36,37)</sup>.

Várias situações podem comprometer a capacidade dos pais de oferecer cuidados suficientemente bons para seus filhos. Em primeiro lugar, diante da fragi-

lidade e do desamparo do bebê, vivências traumáticas da infância dos pais podem ressurgir como memórias emocionais e de procedimento (revivescências sem aspecto de lembrança), perturbando a capacidade de atender às necessidades do bebê. Reações emocionais de desamparo, de distanciamento emocional ou de raiva podem ocorrer. Em outros casos, os pais podem reforçar e manter a dependência dos filhos, impedindo o desenvolvimento da autonomia<sup>(11-13)</sup>.

Pais que apresentem doenças mentais como depressão, esquizofrenia ou estados de má regulação emocional (desde formas brandas até o transtorno limítrofe de personalidade) criam situações de caos emocional no bebê, que gerarão futuros problemas na regulação dos estados mentais e dos afetos<sup>(1-4,11,13)</sup>.

Além disto, pais com dificuldades de dar limites podem criar uma incapacidade de lidar com frustrações. Alternativamente, pais que frustram intensamente os filhos criam situações emocionais que desorganizam a mente da criança<sup>(13,14)</sup>.

Pais ansiosos podem agir de forma intrusiva com a criança, antecipando inadequadamente suas necessidades ou criando estados de tensão desorganizadores. Também podem comprometer o desenvolvimento da autonomia e da regulação da ansiedade, gerando futuros transtornos de ansiedade<sup>(1-3,13,14)</sup>.

Como a sintonização dos estados mentais da mãe com o bebê se dá através da linguagem não verbal, mães que tenham dificuldade de perceber seus próprios estados emocionais terão problemas de compreender as necessidades do filho, bem como de simbolizar seus estados corporais, mentais e emocionais, contribuindo para uma futura incapacidade de percepção das próprias sensações corporais, emoções e pensamentos<sup>(13,14)</sup>.

A maternidade e a paternidade ocorrem num contexto social que pode

apoiar ou comprometer a capacidade de cuidado dos pais. Condições de isolamento social, pobreza, conflitos familiares, violência impedem que os pais cuidem adequadamente dos filhos, prejudicando o desenvolvimento afetivo da criança.

Como os problemas relacionais dos primeiros anos se inscrevem no cérebro em desenvolvimento, acabam contribuindo para a origem de diversos problemas mentais ao longo da vida. A má organização das vias neocorticais de modulação das emoções, ocasionada por cuidado inadequado nos primeiros anos, está implicada na gênese de diversos quadros psiquiátricos, como certas formas de depressão, os transtornos de personalidade narcísicos, limítrofes, e antisociais, e a tendência a transtornos psicossomáticos diversos<sup>(1-4,10,11,13,14)</sup>.

Situações de estresse crônico, presentes no caso de cuidados gravemente inadequados da criança ou de privação materna, podem causar, através da elevação do nível de cortisol sanguíneo, atrofia do hipocampo, estrutura responsável pelas memórias contextualizadas no tempo e no espaço. A impossibilidade de contextualização de memórias emocionais desencadeadas em níveis mais baixos do sistema (principalmente na amígdala) pode impedir a modulação cortical dos estados afetivos, contribuindo para a gênese de transtornos de ansiedade, transtornos de estresse e de algumas formas de depressão<sup>(1-4,10,11,13,14)</sup>.

Estudos mostram que situações de abuso e maus-tratos na infância comprometem o desenvolvimento do córtex orbitofrontal direito, área que, como se viu, é responsável pela regulação das emoções, pela percepção dos estados internos do indivíduo e pela empatia. A perturbação do funcionamento desta área pode levar ao desenvolvimento do transtorno de personalidade antisocial, caracterizado pela ausência de



empatia e de culpa, e pelo desrespeito sistemático aos direitos outros indivíduos<sup>(1-4,10-12,13,14)</sup>.

Como visto, traumas na infância são registrados como memórias implícitas, emocionais e de procedimento, dissociadas de memórias explícitas que as contextualizariam no tempo, no espaço e na vida do indivíduo. Diante da exposição ao desamparo e da necessidade absoluta de cuidado do bebê, indivíduos com traumas não resolvidos na infância tendem a repetir padrões emocionais e de comportamento fora do controle consciente, reproduzindo as situações traumáticas da infância, através de sentimentos de desespero e ações que podem reproduzir as ações dos perpetradores do trauma. Assim, situações de maus-tratos podem ocorrer, tendendo a se perpetuar por várias gerações – indivíduos maltratados na infância comumente reproduzem o comportamento dos agressores na criação dos próprios filhos<sup>(1-4,10-14)</sup>.

No entanto, uma infância problemática não determina necessariamente dificuldades no cuidado dos filhos. É possível romper o padrão se as memórias traumáticas implícitas são tornadas conscientes, elaboradas, contextualizadas e relacionadas na construção da história do indivíduo. Somente as memórias traumáticas isoladas, não processadas, se repetem fora do controle consciente<sup>(1-3,13,14)</sup>.

A Psicanálise oferece meios, através do estabelecimento de uma nova relação emocional com o analista, de reparar em parte as consequências das experiências traumáticas da infância.

## **6 – Situações de risco para o desenvolvimento emocional**

A detecção precoce de situações de risco para problemas no desenvolvimento emocional torna-se essencial como possibilidade de prevenção do surgimento de futuros transtornos mentais. O pediatra, que acompanha de perto a criança e a família nos primeiros anos de vida, torna-se um importante agente de intervenção preventiva.

Entre as situações de risco para problemas no desenvolvimento afetivo que podem ser detectadas na primeira infância, destaquem-se as seguintes: 1) bebês com problemas regulatórios (dificuldades de alimentação, de sono, de ser confortados), falhas no estabelecimento de rotinas, presença de doença física; 2) pré-escolares com perturbações de comportamento como crises de birra acentuadas, ansiedade exagerada pelo afastamento dos pais etc.; 3) pais com transtornos de saúde física ou mental, uso de drogas, que vivem situações de luto ou trauma, ou que tiveram infâncias difíceis; 4) problemas dos pais no relacionamento com a criança; 4) conflitos parentais e familiares<sup>(38)</sup>.

Também é importante a supervisão de crianças que apresentem fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais ao longo da vida. Devem ser acompanhadas aquelas famílias em que há conflitos graves entre os membros, violência doméstica, ausência de cuidados adequados aos filhos, transtornos mentais ou uso de drogas em um dos pais, número muito grande de membros, separação, ausência ou afastamento prolongado de um

dos cuidadores primários. Pelo ponto de vista das crianças e dos adolescentes, a presença de doença crônica, o mau desempenho escolar, a desnutrição, os problemas perinatais (infecções, doenças congênitas, exposição ao álcool etc.) e o temperamento difícil devem ser considerados sinais de alerta. Problemas sociais graves, como más condições de moradia, desemprego dos pais, exposição à violência e à delinquência, ausência de escolas ou de serviços de saúde adequados, também constituem fatores de risco<sup>(39-40)</sup>.

Uma vez detectados os problemas, cabe ao profissional intervir, primeiramente se oferecendo ao paciente e à família como ouvinte empático de suas dificuldades. Muitas vezes a própria presença de uma pessoa de bom senso, acolhedora, atenciosa, dedicada e não crítica permite que os indivíduos se modifiquem, resolvendo seus conflitos.

Em alguns casos, pode ser necessário cuidado especializado. As psicoterapias pais-bebê têm se desenvolvido para corrigir problemas nas relações afetivas entre os bebês e seus pais<sup>(38)</sup>. Através de uma nova relação afetiva com o terapeuta, a família tem a possibilidade de corrigir padrões emocionais e de conduta disfuncionais, que podem gerar futuros problemas no desenvolvimento emocional da criança, problemas que, como visto, se inscreverão no cérebro, determinando a presença de disfunções afetivas ao longo da vida. Destaque-se também, ao longo da infância e da adolescência, a possibilidade de utilizar recursos psicoterapêuticos e psicofarmacológicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SCHORE, N.A. Affect regulation and the origin of the self. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- SCHORE, N.A. Affect regulation and the repair of the self. New York, London : W. W. Norton & Company, 2003.
- SCHORE, N.A. Affect dysregulation and disorders of the self. New York, London : W. W. Norton & Company, 2003.
- PANKSEPP, J. Affective neuroscience. New York: Oxford University Press, 1998.
- DAMASIO, A.R. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DAMASIO, A.R. Em busca de Spinoza: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- EKMAN, P. Emotions revealed. Second Edition. New York: Henry Holt and Company, 2003.
- LEDOUX, J. O cérebro emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- SOLMS, M.; TURNBULL, O. The brain and the inner world. New York: Other Press, 2002.
- COZOLINO, L. The neuroscience of psychotherapy. New York, London : W. W. Norton & Company, 2002.
- COZOLINO, L. The neuroscience of human relationships. New York, London : W. W. Norton & Company, 2006.
- FONAGY, P.; GERGELY, G.; JURIST, E.; TARGET, M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
- SIEGEL, D.J. The developing mind. New York, London: The Guilford Press, 1999.
- SIEGEL, D.J.; HARTZELL, M. Parenting from the inside out. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin, 2003.
- JASPERS, K. General psychopathology. Volume 1. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press, 1997 (sétima edição original alemã: 1959)
- CASEY, P.; KELLY, B. Fish's clinical psychopathology. 3rd edition. London: Gaskell, 2009.
- OYEBODE, F. Sim's Symptoms in the mind. 4th edition. London, Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008.
- DARWIN, C. The expression of the emotions in man and animals. New York, Oxford: Oxford University Press, 1998 (2a edição inglesa: 1889).
- ORNSTEIN, R. The right mind. New York, San Diego, London: Harcourt Brace & Company, 1997.
- BOWLBY, J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. 2. edição. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOWLBY, J. Uma base segura. 2. edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOWLBY, J. Apego. 2. edição. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOWLBY, J. Separação. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- BOWLBY, J. Perda. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BRAZELTON, T.B. O desenvolvimento do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- FONAGY, P. Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press, 2001.
- WINNICOTT, D.W. Primary maternal preoccupation (1956). In: Through paediatrics to psycho-analysis. New York: Brunner Mazel, 1992.
- WINNICOTT, D.W. Ego distortion in terms of true and false self (1960). In: The maturational processes and the facilitating environment. London: Karnak Books, 1990.
- SPITZ, R. O primeiro ano de vida. 3. edição. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- KLAUS, M.; KLAUS, P. O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- STERN, D. O mundo interpessoal do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BRAZELTON, T.B. Momentos decisivos do desenvolvimento infantil. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SPITZ, R. Hospitalism. (1945). In: HARRISON, S.; MCDERMOTT, J. (orgs.). Childhood Psychopathology: an anthology of basic readings. New York: International Universities press, 1972.
- ROBERTSON, J. Young children in hospital. 2nd ed. with a postscript. London: Tavistock Publications, 1970.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GLEASON, M.M.; ZEANA, C.H. Reactive attachment disorder. In: MARTIN, A.; VOLKMAR, FR. Lewis's Child and adolescent psychiatry. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
- BARADON, T. et al. The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy. London: Routledge, 2005.
- OFFORD, D.R.; BENNETT, K.J. Epidemiology and prevention. In: LEWIS, M. (org.). Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. p. 1.320-35.
- GRAHAM, P. Prevention. In: RUTTER, M.; Taylor E.; HERSON, L. (orgs.) Child and adolescent psychiatry: modern approaches. 3rd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994. p.1.055-70.

## AValiação

### 17.Os afetos

- são fenômenos subjetivos, puramente psicológicos.
- são respostas determinadas exclusivamente pela herança genética.
- têm uma dimensão expressiva.
- dizem respeito ao mundo particular do indivíduo, não havendo aspecto comunicativo.

### 18.O processamento da linguagem não verbal ocorre preferencialmente

- no hemisfério direito.
- na amígdala.
- no hemisfério esquerdo.
- no hipocampo.

### 19.As memórias emocionais

- sempre se situam no tempo e no espaço.
- são processadas no cerebelo.
- são memórias explícitas.
- ressurgem como revivências, sem o aspecto subjetivo de lembranças.

### 20.O desenvolvimento da vida afetiva

- é um fenômeno psicológico, sem vínculo com o desenvolvimento do sistema nervoso.
- é dependente das relações interpessoais.
- tem base unicamente genética.
- tem determinantes sociais exclusivos.

### 21.A elevação dos níveis de cortisol sanguíneo, presente nos estados de estresse crônico, é responsável pela atrofia do

- hipocampo.
- cerebelo.
- lobo occipital.
- tronco cerebral.

### 22.Pais que tiveram infâncias traumáticas

- necessariamente serão perpetradores de maus-tratos.
- podem ter revivências do trauma que perturbam a capacidade de cuidar adequadamente dos filhos.
- não apresentam risco de dificuldades com os filhos em relação a pessoas com infâncias normais.
- certamente cuidarão bem dos filhos, como contraposição às próprias experiências dolorosas.

# Ficha de avaliação

*Desenvolvimento Normal de 1 a 5 anos* \_\_\_\_\_ **4**

- 1) A  B  C  D
- 2) A  B  C  D
- 3) A  B  C  D
- 4) A  B  C  D
- 5) A  B  C  D
- 6) A  B  C  D

*Desenvolvimento Neuropsicomotor no Primeiro Ano de Vida* \_\_\_\_\_ **9**

- 7) A  B  C  D
- 8) A  B  C  D
- 9) A  B  C  D
- 10) A  B  C  D
- 11) A  B  C  D
- 12) A  B  C  D

*Acompanhamento do Crescimento Normal* \_\_\_\_\_ **15**

- 13) A  B  C  D
- 14) A  B  C  D
- 15) A  B  C  D
- 16) A  B  C  D

*Afetividade e Desenvolvimento* \_\_\_\_\_ **21**

- 17) A  B  C  D
- 18) A  B  C  D
- 19) A  B  C  D
- 20) A  B  C  D
- 21) A  B  C  D
- 22) A  B  C  D

*Crescimento e Desenvolvimento na Adolescência* \_\_\_\_\_ **28**

- 23) A  B  C  D
- 24) A  B  C  D
- 25) A  B  C  D
- 26) A  B  C  D

*Avaliação Auditiva: Como proceder* \_\_\_\_\_ **35**

- 27) A  B  C  D
- 28) A  B  C  D
- 29) A  B  C  D
- 30) A  B  C  D
- 31) A  B  C  D
- 32) A  B  C  D

*Detecção Precoce de Alterações Visuais: Papel do Pediatra* **40**

- 33) A  B  C  D
- 34) A  B  C  D
- 35) A  B  C  D
- 36) A  B  C  D
- 37) A  B  C  D
- 38) A  B  C  D

*Aspectos Disciplinares e Desenvolvimento Infantil* \_\_\_\_\_ **47**

- 39) A  B  C  D
- 40) A  B  C  D
- 41) A  B  C  D
- 42) A  B  C  D
- 43) A  B  C  D
- 44) A  B  C  D

*Dificuldades Escolares* \_\_\_\_\_ **53**

- 45) A  B  C  D
- 46) A  B  C  D
- 47) A  B  C  D
- 48) A  B  C  D
- 49) A  B  C  D
- 50) A  B  C  D

*Baixa Estatura* \_\_\_\_\_ **58**

- 51) A  B  C  D
- 52) A  B  C  D
- 53) A  B  C  D
- 54) A  B  C  D
- 55) A  B  C  D
- 56) A  B  C  D

*Puberdade Precoce* \_\_\_\_\_ **62**

- 57) A  B  C  D
- 58) A  B  C  D
- 59) A  B  C  D
- 60) A  B  C  D
- 61) A  B  C  D
- 62) A  B  C  D

Enviar à SOPERJ por correio, fax ou e-mail  
Rua da Assembléia, 10 - Grupo 1812 - Centro  
20011-901 - Rio de Janeiro - RJ  
Tel: 2531-3313 - e-mail: [pedsoperj@soperj.org.br](mailto:pedsoperj@soperj.org.br)  
Favor enviar dúvidas quanto a utilização do DVD e ao  
acesso aos gráficos para o e-mail: [pedsoperj@soperj.org.br](mailto:pedsoperj@soperj.org.br)