



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

**MESTRADO EM PSICOLOGIA – ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO**

**O SER CRIANÇA E O PAPEL DO JOGO TERAPEUTICO EM CONSULTA DE
PSICOLOGIA**

Relatório de Estágio

Susana Barbas Ponciano – Nº 20101100

ORIENTADOR: Prof. Doutora. Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Outubro de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho de relatório de estágio de Mestrado aos meus pais e irmão que me proporcionaram a possibilidade de estudar. Um muito obrigada por tudo o que sou, por tudo o que me ensinaram, pelas oportunidades que me proporcionaram e pelo apoio incondicional que me deram. Sem o seu contributo a minha caminhada seria certamente mais difícil de conseguir. Obrigada por toda a coragem que me incutiram ao longo destes anos, pelo sonho alcançado na realização plena enquanto pessoa e estudante.

Um muito Obrigada!

Agradecimentos

O concluir de um longo percurso académico traz consigo sentimentos de nostalgia, saudade e agradecimento por todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a oportunidade de desenvolver competências e aptidões adquiridas nas várias dimensões do nosso ser, principalmente ao nível intelectual e pessoal.

À minha família em particular, pais e irmão, por terem acreditado neste sonho, apoiando este trajeto de vida académica, dando sempre uma palavra de conforto e encorajamento nos momentos mais difíceis.

Aos colegas e amigos pela partilha de experiências e conhecimentos adquiridos.

À Dra. Eugénia Sales pela sua disponibilidade na partilha do seu saber técnico e competências pessoais enquanto profissional.

A toda a equipa do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Distrital de Santarém pela forma como me acolheram e facilitaram a minha integração no serviço.

Aos Professores da UAL que lecionaram este mestrado e em particular à minha orientadora Prof. Doutora Mónica Pires, pela sua forma de transmitir conhecimentos, orientações e críticas construtivas.

Epígrafe

*“E todos os brinquedos se transformam
Em coisas vivas, e um cortejo formam:
Cavalos e soldados e bonecas,
Ursos e pretos, que vêm, vão e tornam,
E palhaços que tocam em rabecas...
E há figuras pequenas e engraçadas
Que brincam e dão saltos e passadas...
Mas vem o dia, e, leve e graciosa,
Pé ante pé, volta a melhor das fadas
Ao seu longínquo reino cor-de-rosa”*
(Pessoa, 2005, p. 12)

Resumo

O presente relatório de estágio curricular consiste numa síntese sobre o trabalho desenvolvido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém, no âmbito do mestrado em psicologia com especialização em psicologia clínica e de aconselhamento, ministrado pela Universidade Autónoma de Lisboa.

Tivemos como objetivo aplicar os conhecimentos adquiridos no encontro terapêutico com crianças e adolescentes, segundo o referencial teórico da abordagem centrada na pessoa desenvolvida por Carl Rogers, e na sua proposta de intervenção terapêutica com os mais pequenos posteriormente aprofundada por Virgínia Axline, denominada ludoterapia centrada na criança.

Pretendemos sublinhar o princípio fulcral da ACP, onde cada pessoa tem a capacidade de encontrar o percurso em direção à cura – tendência atualizante, cabendo ao terapeuta proporcionar ao indivíduo um ambiente facilitador com as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica.

Para demonstrarmos parte da nossa intervenção, expomos mais detalhadamente dois casos clínicos que tivemos oportunidade de acompanhar, visando ao longo do seu trajeto fazer uma reflexão e análise das sessões e das nossas vivências e aprendizagens. O primeiro caso corresponde a uma criança de nove anos do sexo feminino cuja queixa principal se prendia com o comportamento de arrancar as próprias pestanas e sobrancelhas (tricotilomania). O segundo a uma criança de nove anos do sexo masculino com queixas de comportamento em contexto familiar e escolar, diminuição no rendimento escolar, desmotivação e tristeza.

Ao longo das sessões foi possível apurar uma evolução positiva nas duas situações. A melhoria foi referida pelas famílias e observável em contexto terapêutico. Verificamos que estas duas crianças desenvolveram um conceito mais ajustado de si próprias, tendo como resultado diminuição das queixas apresentadas. No primeiro caso descrito cessaram os comportamentos ansiosos de tricotilomania; no segundo houve franca melhoria do humor com repercussão positiva a nível do rendimento escolar e nos comportamentos disruptivos.

Palavras-chave: Psicologia clínica; Acompanhamento psicológico; Ludoterapia Centrada na Criança; Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

This work presents a synthesis of the traineeship undertaken in the Department of Psychiatry and Mental Health at the Santarém District Hospital in atrial fulfillment for the requirements of the Masters in Clinical Psychology and Counseling by the Autonomous University of Lisbon.

Our objective was to apply the knowledge gained during the therapeutic encounter with children and adolescents, according to the theoretical framework of person-centered approach developed by Carl Rogers, and its proposal for therapeutic intervention with the youngest further developed by Virginia Axline, called child centered play therapy.

We intend to underline the core concept of the ACP, where every person has the ability to find the path towards healing - actualizing tendency, leaving the therapist to give the individual an enabling environment with the necessary conditions for therapeutic change.

To demonstrate part of our intervention, we expose in more detail two clinical cases that we had opportunity to follow, aiming along its path to reflect and analyze the sessions and our experiences and knowledge acquired. The first case belongs to a nine year old girl whose presenting problem was linked to the behavior of plucking her own eyelashes and eyebrows (trichotillomania). The second to a nine year old boy with behavioral complaints in the family and school environment, decrease in school performance, lack of motivation and sadness.

Throughout the sessions it was possible to establish a positive change in both situations. The improvement was referred by their families and observable in the therapeutic setting. We found that these two children developed a better concept of themselves, resulting in reduction of the presenting problems. In the first case described ceased the trichotillomania behaviors; In the second case there was a significant improvement in terms of his mood with positive repercussions in his school performance and behaviors.

Keywords: Child Centered Play Therapy; Person-Centered Approach; Clinical Psychology

Índice

Introdução.....	13
I Contextualização do Local de Estágio	16
II Revisão de Literatura.....	19
2.1. Psicologia Clínica	19
2.2. Saúde e Perturbação Mental	23
2.2.1. Perturbações do Humor.....	25
2.2.2. Perturbação de Ansiedade.....	28
2.2.3. Perturbações Hipercinéticas.....	31
2.3. Abordagem de Intervenção.....	34
2.3.1. Terapia Centrada na Pessoa	34
2.3.2. Ludoterapia Centrada na Criança.....	40
III Trabalho De Estágio.....	45
3.1. Atividades Desenvolvidas	45
3.2. Trabalho Indireto	46
3.2.1. Reuniões de Supervisão e Seminários de Estágio.....	47
3.2.2. Reuniões Clínicas Multidisciplinares	47
3.3. Trabalho Direto.....	48
3.3.1. Consulta de Triagem	48
3.3.4. Avaliação Psicológica.....	50
3.3.2. Intervenção Psicológica	51
IV Apresentação de Casos Clínicos	54
4.1. Caso Clínico I.....	54
4.1.1. Dados de Identificação.....	54
4.1.2. Motivo do Pedido.....	55
4.1.3. Intervenção Psicológica	55
4.1.4. História do Problema atual.....	55
4.1.6. Antecedentes médicos.....	57
4.1.7. Anamnese Familiar	57
4.1.8. Avaliação Psicológica.....	58
4.1.9. Síntese de resultados	59

4.1.10 Síntese do Acompanhamento.....	60
4.1.11. Discussão e Análise Clínica.....	62
4.2. Caso Clínico II.....	64
4.2.1. Dados de Identificação.....	64
4.2.2. Motivo do Pedido.....	65
4.2.3. História do Problema atual.....	65
4.2.4. Anamnese Infantil.....	65
4.2.5. Antecedentes médicos.....	66
4.2.6. Anamnese Familiar	66
4.2.7 Síntese do Acompanhamento.....	67
4.2.8 Discussão e Análise Clínica.....	71
V Discussão.....	73
5.1. Reflexão Crítica e Análise Conclusiva.....	73

Índice de Tabelas

Tabela 1. Síntese de atividades desenvolvidas	46
Tabela 2. Síntese de Alguns Casos Vistos em Triagem	50
Tabela 3. Síntese dos acompanhamentos	54

Índice de Figuras

Figura 1. Consultas de Triagem do ano de 2012	25
Figura 2 Resultados das Subescalas da WISC III	59

Lista de Abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA – American Psychological Association

CID – Classificação Estatística Internacional de Problemas Relacionados à Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

HDS – Hospital Distrital de Santarém

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção

HTP – Teste Projetivo do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa

SPIA – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças 3ª edição

**O SER CRIANÇA E O PAPEL DO JOGO TERAPÊUTICO EM CONSULTA DE
PSICOLOGIA**

Introdução

Gostaria antes de iniciar a descrição do estágio de tecer algumas considerações sobre a psicologia na nossa sociedade atual. A par com o aumento de procura da nossa intervenção em consequência da grave crise económica e social com que nos deparamos nos dias de hoje, verifica-se uma escassez de recursos Humanos. Se atendermos a que se formam cerca de 1500 psicólogos por ano, subentende-se não ser esta escassez devida à falta de técnicos, que engrossam os números do desemprego, colocando Portugal como o país com maior rácio de técnicos formados por habitante, mas com uma cobertura assistencial mínima. A maioria dos centros de saúde, escolas e instituições não dispõe de um psicólogo.

Tal pode ser explicado pelas estratégias económicas implementadas numa Europa e em particular no Portugal da crise, que impedem a contratação de técnicos. Estas estratégias são de contenção imediata, uma vez que a falta de psicólogos nos serviços de saúde, leva a um aumento de gastos diretos e indiretos nomeadamente aumento de consumo de psicofármacos, suicídio e absentismo laboral.

No entanto, já previamente à crise atual, assistíamos a uma política de saúde mental com fraco investimento na nossa área de intervenção, o que nos leva a crer que o panorama não se altere com a brevidade necessária para apoiar uma população tão carenciada nesta forma de cuidados.

Segundo dados estatísticos do Instituto de Emprego e Formação Profissional referentes ao ano de 2007, o desemprego nas áreas das Ciências Sociais e do Comportamento representavam 13%, sendo que destes, 47% correspondem a desempregados com formação em psicologia. De Setembro de 2009 a Janeiro de 2011 verificou-se um aumento de 26% nos números de desempregados com formação superior em psicologia. Para agravar esta situação desde o ano de 2000, que não são abertas vagas para a carreira de técnico superior de saúde em psicologia no Serviço Nacional de Saúde.

Efetivamente a intervenção psicológica tem um papel relevante quer na prevenção de patologia mental quer no seu tratamento, possibilitando uma melhoria no bem-estar psíquico, físico e social dos cidadãos. (Batista, 1012)

De acordo com a OMS “o fornecimento de apoio psicológico nos serviços de saúde pode modificar os efeitos do desemprego e endividamento.” (Batista, 2012, p. 7)

Considerando o panorama atual urge medidas políticas e económicas que valorizem a nossa intervenção e implementem um maior número de profissionais no plano nacional de saúde, possibilitando assim um melhor acesso a estes cuidados.

Consideramos que o nosso papel não se limita à atuação dentro da realidade em que estamos inseridos, temos o dever de contribuir para uma sociedade melhor e mais saudável. Assim o nosso trabalho não se pode restringir à intervenção junto da pessoa e família, compete-nos desempenhar um papel ativo no desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental.

Este futuro só se pode alcançar após um longo percurso formativo, sendo o estágio uma parte integrante e indispensável à sua finalização possibilitando a aplicação de todo o saber adquirido, bem como o contacto direto com os aspetos práticos da profissão.

De forma sintetizada, o estágio consiste na combinação de atividades supervisionadas de carácter profissionalizante (Aderson & Holanda, 1996). Pretendeu-se com este estágio aprofundar conhecimentos adquiridos e desenvolver competências na área de especialização em psicologia clínica. A psicologia clínica como área científica engloba o estudo, tratamento e compreensão do comportamento e sofrimento psíquico do ser humano. (Carr, 1999)

Neste caso específico, o estágio de mestrado em psicologia clínica e aconselhamento foi realizado no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Distrital de Santarém sob a orientação da orientadora atribuída, durante o período de Janeiro a Agosto de 2012 com a frequência semanal de três dias, perfazendo um total de 500 horas.

A escolha do local de estágio foi de encontro aos nossos interesses, expectativas e possibilidades de aprendizagem através do contacto com uma população diversificada em termos de dificuldades, sofrimento e perturbação mental, atendendo a que o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Distrital de Santarém direciona a prestação de cuidados de saúde a uma população com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 11 meses, regendo-se pela política de saúde mental descrita pela Lei nº36/1998 datada de 24 de Julho. Abrange uma área assistencial de aproximadamente 450.000 habitantes, correspondente a todo o distrito de Santarém.

O nosso trabalho incidiu no encontro terapêutico com crianças e adolescentes sobre o enfoque da Abordagem Centrada na Pessoa, mais especificamente na ludoterapia centrada na criança.

Neste caso a escolha da ludoterapia prendeu-se com a faixa etária da população atendida no SPIA, e nos seus fundamentos, já que o brincar facilita a comunicação e

expressão da criança e do adolescente, sem perder o principal que é a forma particular de ver o outro e estar com ele em relação.

Acreditamos profundamente no poder desta abordagem, que em muito tem contribuído para o nosso crescimento pessoal. Sentimos que nos ajudou a adquirir uma maior aceitação de nós, na nossa totalidade, com o que temos de melhor e pior. Ajudou-nos a aceitarmos os nossos aspetos internos positivos e negativos e a tentar sermos sempre uma pessoa em aprendizagem, crescimento, complexificação e sobretudo, que tal contribua para que sejamos melhores ao nível profissional.

Aprimoramos por desenvolver as nossas capacidades de estar com o outro, aceitando-o tal como ele é, sem julgamentos e com o mais profundo respeito, acreditando sempre nas suas capacidades para solucionar os seus próprios problemas, exercendo nós um papel facilitador no processo. Foi neste ambiente de aceitação, ensinado pelas palavras de Rogers na literatura, e pelas palavras dos nossos professores que construímos as nossas relações terapêuticas.

Assim, a pertinência deste relatório tem como objetivo principal fazer uma descrição das atividades desenvolvidas durante o decorrer do estágio. Para melhor descrição dos conteúdos o relatório está organizado por capítulos.

O primeiro capítulo apresenta o enquadramento institucional, quanto à sua caracterização, história, inserção geográfica, área e âmbito de intervenção, organização e funcionamento do Hospital em particular do Serviço Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA).

O segundo capítulo refere o enquadramento teórico relativamente ao papel do psicólogo e abordagem de intervenção. Como referido anteriormente, quanto à psicoterapia de orientação adotámos a abordagem centrada na pessoa (ACP), discutindo pressupostos teóricos pertinentes, como forma de poder fundamentar o trabalho desenvolvido.

No terceiro capítulo são descritas mais detalhadamente as principais atividades desenvolvidas no SPIA. A principal atividade realizada foi a consulta de psicologia clínica a crianças e adolescentes.

O delineamento deste relatório inclui dois estudos de caso, que serão apresentados de uma forma resumida. O primeiro corresponde à avaliação e encontro terapêutico com uma criança de nove anos do sexo feminino, durante doze sessões. Ao longo das sessões foram-se verificando melhorias quer através das nossas observações como dos relatos verbais feitos pela criança e pela sua mãe.

No segundo caso clínico expomos o encontro terapêutico com uma criança de nove anos do sexo masculino, com queixas de comportamento em contexto escolar e familiar. O

processo de acompanhamento psicológico decorreu durante dezasseis sessões, verificando-se uma diminuição significativa nos comportamentos disruptivos em ambiente escolar e familiar.

Por último, serão apresentadas as conclusões, incluindo a reflexão, a análise conclusiva dos objetivos, e atividades que sustentaram esta aprendizagem e promoveram o desenvolvimento profissional.

I Contextualização do Local de Estágio

O HDS é uma instituição pública empresarial, integrada no Serviço Nacional de Saúde, com uma área assistencial de aproximadamente 191 028 habitantes, incluindo o concelho de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos. Este hospital tem como principal missão prestar cuidados de saúde de qualidade que visem a promoção e restauração da saúde, e prevenção da doença.

O HDS preza por garantir eficiência económica na sua capacidade de resposta, e acessibilidade dos utentes aos serviços técnicos, de acordo com as suas necessidades e expectativas, garantindo assim um serviço de excelência e referência. Esta instituição prima pela inovação, qualidade, ética profissional e respeito pela individualidade do utente.

A estrutura organizada dos Órgãos Sociais do HSD é constituída pelo conselho de administração, fiscal único e conselho consultivo. Sendo o conselho de administração formado pelo Presidente do Conselho de Administração e três vogais.

Esta instituição é composta pelas principais especialidades médicas, cirúrgicas, e meios complementares de diagnóstico, integradas nos respetivos departamentos e serviços, sendo um deles o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. (Regulamento Interno do Hospital Distrital de Santarém, 2006)

A saúde mental foi integrada no Hospital de Santarém em 1992 pelo decreto-lei 127/92 de 03 de Julho, atualmente designado de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este Departamento é constituído pelo Serviço de Psiquiatria e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. A integração destes serviços possibilitou uma melhoria na articulação entre as diversas entidades de saúde mental e outros prestadores de cuidados, de forma a assegurar os recursos técnicos necessários e adequados à realidade atual.

Desde a sua abertura até aos dias de hoje que o departamento tem sofrido desenvolvimentos no que respeita às suas valências e cuidados prestados, iniciando a sua atividade com a consulta externa de Psiquiatria e Pedopsiquiatria, Psicologia, e Alcoologia.

Posteriormente foram criados o Hospital de Dia, a Psiquiatria de Ligação, e a Unidade de Internamento.

A equipa técnica multidisciplinar do departamento é constituída por: Psiquiatras, Pedopsiquiatras, Psicólogos Clínicos, Técnicas de Serviço Social, Terapeutas Ocupacionais, Funcionários Administrativos e Auxiliares de Ação Médica.

Este departamento funciona de forma independente em termos de recursos técnicos, estabelecendo ligações com outros serviços ou valências do hospital quando solicitado. As consultas de Psiquiatria e Pedopsiquiatria ocorrem por pedido externo ou interno. No caso de pedido externo é efetuado pelo médico assistente ou tribunal, os pedidos internos são efetuados pelas diferentes especialidades médicas do HDS, internamento ou urgência. (Barcelar & Lourenço, 2010)

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA) inserido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS é uma unidade especializada na prestação de cuidados de saúde mental. Este serviço tem como missão o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças psiquiátricas na infância e na adolescência. A equipa multidisciplinar é constituída por três médicos pedopsiquiatras, três psicólogos, uma enfermeira especialista em saúde mental, uma técnica de serviço social e uma terapeuta ocupacional.

O SPIA dispõe de várias modalidades terapêuticas que incluem, as consultas externas, consulta de psiquiatria da infância e adolescência, internamento de psiquiatria da infância e adolescência, hospital de dia e consulta de psicologia clínica.

A existência da consulta externa permite também procedimentos que englobam, a consulta de triagem e a consulta de psiquiatria da infância e da adolescência, no sentido de permitir uma resposta adequada e que corresponda às necessidades da população alvo do HDS.

A Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência assenta no tratamento, diagnóstico, reabilitação e farmacoterapia da patologia mental. Com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 9.00 às 17.00 horas, estas consultas são realizadas pelo médico pedopsiquiatra. (Regulamento Interno do Hospital Distrital de Santarém, 2006)

A psiquiatria de ligação é, em essência uma subespecialidade de psiquiatria responsável pela inclusão da intervenção psiquiátrica nas restantes especialidades médicas, procurando estabelecer uma melhor compreensão da interface entre manifestações psíquicas secundárias e disfunções físicas, tem como objetivo o diagnóstico e tratamento, garantindo assim uma visão mais global do utente. (Neto, 1999)

Esta valência do SPIA assegura a extensão de cuidados de saúde mental a outros serviços do hospital. A equipa de ligação é constituída por um médico pedopsiquiatra, psicólogo clínico e enfermeira especializada em saúde mental.

Apesar do SPIA não dispor de serviço de internamento próprio estão disponíveis duas camas em internamento de adultos, destinadas a jovens com uma idade superior a 15 anos com situações psiquiátricas agudas. Excecionalmente poderão ser internados jovens a partir dos 13 anos desde que assim se justifique e seja estritamente necessário. O acompanhamento clínico é assegurado pelo médico pedopsiquiatra responsável pelo internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência. O hospital de dia do SPIA tem como objetivo fulcral promover a saúde mental de crianças e adolescentes. Este dispositivo terapêutico, desenvolve diversas atividades organizadas, nomeadamente, psicoeducação parental, treino de competências sociais, terapia ocupacional e grupos psicoterapêuticos.

A intervenção psicológica está integrada no SPIA, colaborando nos objetivos definidos pelo mesmo. Tem assim como principal missão a prevenção e tratamento de psicopatologia em estreita colaboração com outros técnicos do serviço. As funções do psicólogo englobam a participação em reuniões de equipa multidisciplinares, apresentação e discussão de casos clínicos, formação e supervisão de estagiários, acompanhamento psicológico e psicoterapêutico individual ou grupal de crianças e adolescentes através da aplicação de diversos enfoques teóricos, psicoeducação parental, participação em consultas de triagem, avaliação psicológica e realização de relatórios.

A consulta de psicologia dá resposta a pedidos provenientes do médico pedopsiquiatra, abrangendo uma faixa etária dos 0 aos 17 anos e 11 meses. Desenvolve a sua atividade no âmbito da psicologia clínica.

A intervenção psicológica pode ter como referencial teórico a abordagem cognitivo comportamental, humanista ou psicodinâmica dependendo do técnico, tendo em conta que as psicólogas do serviço têm como base de formação diferentes abordagens e orientações teóricas. O número de sessões é variável, com duração média de 50 minutos cada.

Durante o período de estágio as perturbações mentais mais frequentes segundo os dados recolhidos durante as consultas de triagem relativamente ao ano de 2012, foram Perturbações do Humor, de Ansiedade e Hiperatividade com Défice de Atenção.

Em instituições de saúde como os hospitais e centros de saúde o psicólogo clínico tem como objetivo principal gerir a sua intervenção de acordo com as necessidades e objetivos da instituição. (Romano, 1999)

Tendo em conta estes aspetos, o psicólogo intervém junto do utente, família e respetiva equipa clínica objetivando a promoção de saúde e prevenção da doença. A contribuição do psicólogo, visa a sensibilização de profissionais de saúde, para o desenvolvimento de uma melhor compreensão relativamente aos fatores psíquico-emocionais que contribuem para a doença, promoção de estratégias de *coping* junto do doente e família que otimizem um melhor ajustamento à doença e seus efeitos no dia-a-dia da pessoa em sofrimento.

Como refere Oliverra e Sommermam “ a intervenção psicológica no hospital, propõe métodos de enfrentamento do conflito psíquico que faz presente no momento da crise do adoecimento”. (Stenzel, Paranhos, & Ferreira, 2012, p. 40)

II Revisão de Literatura

Tomando em consideração a especificação deste estágio e a sua finalidade, considera-se pertinente começar a fundamentação teórica sobre um enquadramento da psicologia clínica seguido pela abordagem de intervenção.

2.1. Psicologia Clínica

O final do século XVIII e o início do século XIX foram marcados por um vasto número de contributos científicos que marcaram o nascimento da psicologia clínica. De entre os vários acontecimentos sublinha-se, a publicação do artigo intitulado Princípios da Psicologia por William James, Sigmund Freud foi pioneiro na investigação das causas e tratamento de neuroses, abertura da Associação Americana de Psicologia, e a abertura da primeira clínica de psicologia na universidade de Pensilvânia. (Reisman, 1991)

A expressão psicologia clínica foi inicialmente desenvolvida por Witmer em 1907, pioneiro na aplicação de conhecimentos científicos na área da psicologia em contexto clínico (Goodwin, 2011) e fundador da primeira clínica psicológica, Witmer devotou o seu trabalho ao tratamento de crianças. (Trull, 2005)

Para Witmer, a psicologia clínica partilha semelhanças com outras disciplinas como, a educação, sociologia e medicina. (Pomerantz, 2011)

A psicologia clínica contemporânea como área de especialização, abrange um vasto número de perturbações psicológicas, que englobam pessoas de várias faixas etárias. Apesar

de Witmer ter focado o seu trabalho ao nível da aprendizagem e do desenvolvimento de crianças e jovens, o autor teve influência na aplicação do método clínico em contexto de atendimento psicológico, abrangendo outras problemáticas. (Schultz & Schultz, 1981)

Fazendo referência ao conceito epistemológico, o termo clínica vem do grego Klíne, que significa “leito, repouso”, com origem no modelo médico. A atividade clínica era desenvolvida à cabeceira do doente, com o objetivo de observar e examinar as manifestações da doença.

A psicologia definida de uma forma simplista é o estudo do comportamento humano. Assim a psicologia clínica, como subdisciplina da psicologia, pode ser entendida como uma área científica e profissional que se dedica à observação, análise, estudo, diagnóstico e tratamento do sofrimento psíquico e do comportamento de um determinado indivíduo. (Richards, 1946)

De acordo com a APA a psicologia clínica utiliza pressupostos teóricos da psicologia na observação e compreensão da especificidade do comportamento e funcionamento humano, a fim de prevenir e aliviar problemas ao nível intelectual, emocional, social e biológico. (Freeman, Felgoise, & Davis, 2008)

Do ponto de vista teórico a psicologia clínica utiliza o conhecimento científico para ajudar pessoas com vários tipos de dificuldades do foro psicológico. (Plante, 2005) Assim, as funções do psicólogo clínico compreendem o diagnóstico, avaliação, acompanhamento, tratamento e prevenção de problemas psicopatológicos, e doença mental. (Stricker & Widiger, 2003) De acordo com Richards, a função do psicólogo é de avaliar a personalidade e os fatores mais importantes para uma melhor integração da personalidade do indivíduo. (Richards, 1946)

Para Resnick (1991), as áreas de atuação da psicologia clínica incluem ensino, avaliação, diagnóstico, intervenção ou tratamento e aplicação de princípios éticos e teóricos. A psicologia clínica distingue-se de outras áreas da psicologia pelas suas componentes de intervenção. (Trull, 2005) Desta forma os psicólogos clínicos distinguem-se na sua área de especialidade através do conhecimento científico sobre teorias da personalidade e abordagens terapêuticas. O uso de testes psicométricos na avaliação psicológica é um domínio exclusivo do psicólogo clínico. (Thorne, 2000)

O psicólogo clínico pode trabalhar com diferentes populações, desde crianças a idosos com diversas problemáticas, visando o bem-estar físico e emocional do utente. A sua atuação pode ocorrer em diversos âmbitos e contextos incluindo universidades, instituições de saúde,

hospitais, centros de reabilitação, clínicas privadas, e centros geriátricos. (Trull & Prinstein, 2013)

As suas funções englobam também o psicodiagnóstico, mediante a utilização das técnicas de avaliação psicológica, acompanhamento psicológico individual ou em grupo e eventualmente psicoeducação.

Psicoeducação é uma modalidade de intervenção terapêutica, que tem como objetivo facultar aos utentes e principais cuidadores, informação teórica sobre a doença melhorando desta forma a adesão à terapêutica, assim como a promoção de comportamentos adaptativos e /ou mais saudáveis.

A observação e avaliação clínica começam pela entrevista clínica, num primeiro momento com o doente e principais cuidadores, no qual se procede à recolha de informações sobre quem pede ajuda, incluindo dados anamnésicos e esclarecimento do pedido. Na informação clínica devem constar os seguintes elementos: identificação do utente, motivo do pedido, história da queixa, história do desenvolvimento global da criança, percurso escolar e antecedentes familiares.

Assim, a entrevista clínica pode ser descrita como um método essencialmente relacional utilizado como forma de aceder à complexidade psíquica do doente. (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2009) Visa recolher o máximo de informações sobre sintomas, contexto social, económico, e familiar, com o intuito de delinear recomendações, e definir um projeto terapêutico adequado à problemática apresentada.

Relativamente ao seu aspeto formal a entrevista pode ser classificada dependendo de vários fatores: finalidade, modelo teórico e estruturação. (Bénony & Chahraoui, 2002)

Para além da entrevista a avaliação psicológica compreende a aplicação de um conjunto de procedimentos que possibilitem uma melhor compreensão dos fenómenos e processos psicológicos. Estes procedimentos integram vários métodos incluindo entrevista clínica, a observação, e os instrumentos da avaliação psicológica, tendo como finalidade aprofundar o conhecimento acerca da pessoa possibilitando o psicodiagnóstico, e facilitando as decisões acerca das intervenções necessárias (Graham & Naglieri, 2003)

Neste caso específico as avaliações psicológicas são efetuadas com o suporte dos testes psicométricos e projetivos existentes no SPIA que descrevemos de seguida.

Escala de Inteligência Wechsler para Crianças terceira edição (WISC-III), é um instrumento clínico de diagnóstico que visa medir o funcionamento intelectual de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os seis e os dezasseis anos. (Prifitera & Saklofske, 1998) Esta escala é composta por um conjunto de doze subtestes, seis dos quais

correspondem a componentes verbais e os restantes seis de realização, cujo conjunto permite determinar o nível das várias dimensões das capacidades cognitivas: Quociente Intelectual de Escala Completa, Quociente Intelectual Verbal e Quociente Intelectual de realização e três índices compósitos: velocidade de processamento, compreensão verbal e organização perceptiva. (Kaufman & Lichtenberger, 1999)

O teste das Matrizes Progressivas de Raven tem como objetivo avaliar a capacidade de inteligência geral, denominada de fator g. Esta escala é constituída por sessenta problemas distribuídos por cinco séries A, B, C, D, e E. (Raven, 2000). As Matrizes Coloridas de Raven destinam-se à avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças com idades compreendidas entre cinco e os doze anos. Estão organizadas em três series A, Ab e B, cada uma formada por doze problemas com grau de dificuldade crescente. Os problemas são apresentados de forma colorida e apelativa.

Teste Projetivo de HTP ou técnica projetiva do desenho da casa-árvore-pessoa, tem como objetivo avaliar e obter uma compreensão estrutural do funcionamento da personalidade, a partir do cunho projetivo. Este teste aborda aspetos da individualidade da pessoa e das suas relações interpessoais com outros e com o meio. O teste consiste na representação gráfica de três desenhos casa, árvore e pessoa. A sua análise é baseada em vários aspetos significativos dos desenhos, incluindo posição, traço, detalhes essenciais e não essenciais (Buck, 2003)

O Teste Projetivo de Rorschach é um método de avaliação psicológica pictórica, desenvolvido pelo psiquiatra Herman Rorschach em 1921. Tem como objetivo avaliar os aspetos dinâmicos e psíquicos do indivíduo através da projeção e percepção das respostas dadas pelo indivíduo ao material ambíguo. O teste é composto por dez pranchas com manchas de tinta simétricas, cinco das quais são a preto e branco, duas a preto, branco e cor e as restantes três são policromáticas. (Weiner, 2003)

Sabemos que os testes são uma ferramenta valiosa na avaliação psicológica, nomeadamente em contexto hospitalar. No entanto não podemos descurar do sistema diagnóstico mencionado por Hipólito (2011), que se centra na relação e nas condições propostas por Carl Rogers, como uma ferramenta importante de diagnóstico. O autor faz uma valiosa contribuição na compreensão da psicopatologia sob o olhar da abordagem centrada na pessoa.

2.2. Saúde e Perturbação Mental

Hipólito (2011) refere que a psicopatologia pode ser entendida pela interação entre os traumatismos experienciados pela pessoa durante a sua vida, quer no que diz respeito à expressão das potencialidades da pessoa como à atualização das mesmas.

A sua explicação é fundamentada pelo conceito de auto-atualização proposto por Carl Rogers, que pressupõe que o indivíduo tem dentro de si forças de auto cura. Estas forças são ativadas na procura do organismo em encontrar o equilíbrio. Neste sentido, os sintomas adquirem a função de manter um melhor equilíbrio, e desaparecem quando deixam de ser necessários para superar os conflitos que os originaram, ou pela força dos processos naturais.

Se os sintomas não interferirem com a capacidade da pessoa em distinguir o real do imaginário, a sua manifestação dar-se-á ao nível do corpo ou da psique. No entanto, os sintomas podem causar dificuldade na distinção entre o real e o imaginário, nesse caso, podem originar traumas de características de psicose.

Na teoria da personalidade, Rogers refere que a psicopatologia e/ou sofrimento psicológico ocorre quando existe incongruência entre o self percebido, formado mediante condições de valor transmitidas por outros significativos no curso do desenvolvimento, e as necessidades do organismo na experiência vivida, ou seja, no campo experiencial. O autor defende que o nosso *self* pode-se tornar distorcido dependendo das condições de valor interiorizadas no mundo relacional. A medida em que a incongruência induz ' perturbação ' em nós depende de vários fatores, incluindo:

- A natureza das condições de valor.
- O grau de incongruência.
- A dificuldade que temos em manter uma imagem razoavelmente consistente de nós mesmos em face da incongruência.
- A natureza das proteções que erguemos num esforço para manter essa imagem consistente.

A perturbação é o resultado da nossa tentativa em ultrapassar a incongruência. O seu grau de evolução ou melhoria depende das circunstâncias de vida. (Mearns, 2003). Corresponde à expressão da incongruência, com sinais e sintomas específicos mas também muitas vezes descrita pelos clientes como “mal-estar” difuso, difícil de identificar. Esta expressão que causa sofrimento, é uma forma do organismo encontrar a homeostase o seu equilíbrio possível naquele momento, ainda que de modo pouco adaptativo. (Pires, 2015)

Apesar de nos termos guiado pelo modelo Rogeriano, consideramos importante expor os conceitos de saúde mental sobre a perspectiva de diagnóstico utilizado no contexto hospitalar.

Para avaliação do sofrimento psíquico e emocional é necessário compreendermos a diferença entre o normal e o patológico. Segundo a Organização mundial de saúde, o termo saúde mental compreende um bem-estar subjetivo caracterizado por uma boa capacidade de ajustamento e autoanálise perante as dificuldades imprimidas na vida diária do indivíduo. (World Health Organization, 2001)

De forma semelhante a Federação Mundial de Saúde define a saúde mental como uma condição que permite o ótimo funcionamento do indivíduo tanto a nível físico como intelectual e emocional. (Manikam, 2002)

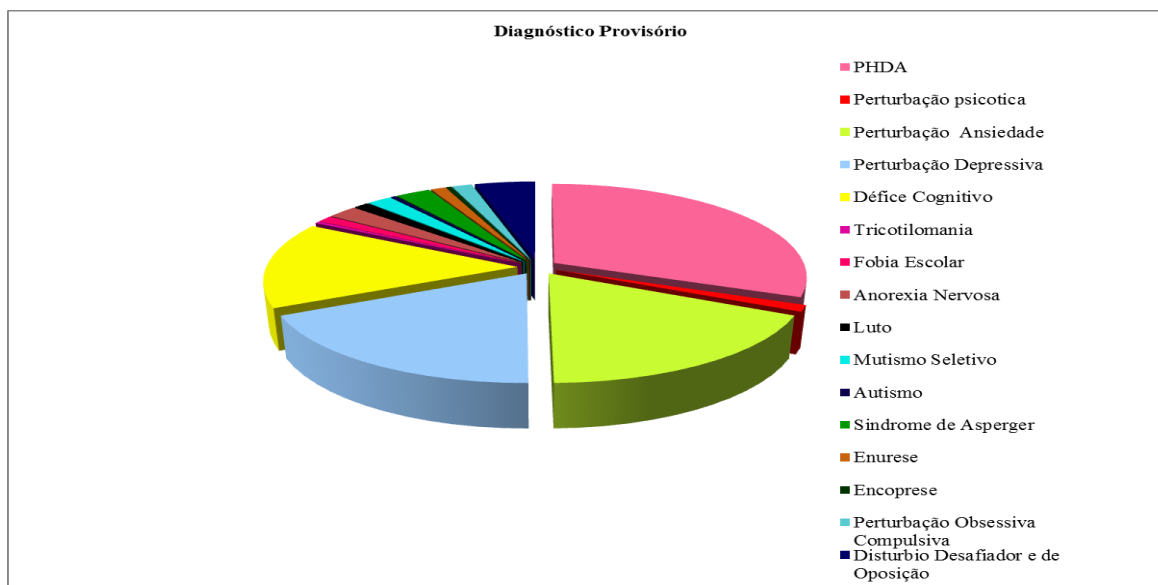
Como muitos conceitos na área da ciência e da medicina, a definição de doença mental carece de uma globalidade teórica que abranja todas as situações. As doenças mentais e de comportamento são um conjunto de patologias definidas e classificadas como doenças respetivamente designadas consoante os vários critérios no DSM-V (Manual Diagnostico e Estatístico de Perturbações Mentais da Associação de Psiquiatria Americana) e CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde). Apesar dos sintomas variarem estas doenças são geralmente caracterizadas por uma combinação de pensamentos, sentimentos e comportamentos “anormais” em termos estatísticos. (World Health Organization, 2001)

Duas das ferramentas valiosas de apoio diagnóstico são o DSM-V e o CID-10 (Piotrowski, 2010). Estes manuais servem apenas de suporte técnico de ajuda, nos critérios de diagnóstico baseado na lista de sintomas. No entanto excluem teorias explicativas sobre os princípios fundamentais taxonómicos e etiológicos. (Kim & Woo-kyoung, 2002)

No contexto do estágio e para a descrição e compreensão das diferentes perturbações optámos por utilizar o CID-10.

Dentro das perturbações psiquiátricas em termos de diagnóstico provisório, as mais frequentes observadas em triagem no ano de 2012 no SPIA foram as perturbações do humor, perturbações de ansiedade e perturbação de hiperatividade e atenção, como pode ser observado no gráfico que se segue.

Figura 1. Consultas de Triagem do ano de 2012



2.2.1. Perturbações do Humor

Clinicamente o termo depressão corresponde a um conjunto de sintomas que envolvem mudanças significativas ao nível do humor, pensamento e funcionamento. (Dozois & Dobson, 2002).

“Depressão pode ser definida como um estado de ânimo que se caracteriza por sentimentos de tristeza, desencanto, miséria ou desespero.” (Neto, Gauer, & Furtado, 2003, pág. 658)

A tristeza difere da depressão na medida em que se refere ao afeto, e a depressão à manifestação de um estado emocional.

Até meados dos anos setenta, considerava-se que a tristeza em crianças era um problema emocional e transitório condicionado pelas circunstâncias de vida e distinto da perturbação depressiva em adultos. A infância era considerada como um período de alegrias desprovido de preocupações e tristeza, no entanto crianças e adolescentes podem sofrer de depressão. De forma semelhante acreditava-se que os sintomas depressivos na adolescência, assim como a tristeza, irritabilidade e o retraimento social, eram expressões normativas do desenvolvimento.

Nas últimas três décadas, a investigação nesta área tem evoluído de simples descrições para teorias cada vez mais sofisticadas em termos de definição e desenvolvimento desta

psicopatologia na infância e na adolescência. (Naylor, 2009) Atualmente aceita-se que as características principais da depressão são semelhantes na infância, adolescência e idade adulta com algumas diferenças no que diz respeito à expressão da doença. (Dwivedi & Varma, 1997) Estas variações devem-se principalmente a diferenças ao nível das fases de desenvolvimento. (Wilmschurst, 2005)

A depressão na infância e na adolescência pode interferir no desenvolvimento normal tanto a nível cognitivo como emocional e social. (Nayar, 2012) De acordo com Barbosa e Lucena existe uma correlação entre comprometimento emocional e desempenho cognitivo de crianças. Assim, é comum crianças deprimidas apresentarem dificuldades ao nível cognitivo, nomeadamente na compreensão, atenção e concentração.

Cognitivamente, os doentes deprimidos têm uma visão negativa de si mesmos e da vida no que se refere ao seu presente e futuro. Habitualmente a sua motivação é reduzida, com impacto negativo na elaboração das atividades quotidianas, o que requer um grande esforço por parte do individuo mesmo para fazer as coisas mais simples. (Cave, 2002) É bastante comum nestas faixas etárias existirem queixas somáticas de dores de cabeça e estômago. (Nayar, 2012) A ideação e tentativa de suicídio são particularmente frequentes na adolescência e na idade adulta.

A identificação de sintomas na infância e na adolescência deve-se sobretudo à dificuldade que as crianças e adolescentes têm para expressar os seus sentimentos, já que o reconhecimento dos sentimentos está associado à maturidade da pessoa. (Caballo & Simon, 2005) Apesar da dificuldade na verbalização de sintomas, as crianças e adolescentes podem exibir uma aparência deprimida. (Nayar, 2012) Assim torna-se essencial avaliar não só as expressões verbais mas também os comportamentos da criança ou adolescente, como alterações repentinas de comportamento em casa, na escola, na interação com os pares. (Caballo & Simon, 2005) Desta forma, a informação clínica recolhida junto dos pais e principais cuidadores é de grande importância na decisão diagnóstica. (Klykylo & Kay, 2005)

A depressão na infância pode muitas vezes passar despercebida pelos pais e professores que podem não reconhecer os sintomas. A dificuldade em estabelecer o diagnóstico deve-se também à grande comorbidade de sintomas com outras patologias que podem causar sintomas muito semelhantes.

Segundo o CDI-10 não existem diretrizes distintas para o diagnóstico desta perturbação na infância e adolescência.

As perturbações do humor são classificadas de acordo com sintomatologia, gravidade e duração. O Episódio depressivo é caracterizado pela presença de sintomas tais como humor deprimido, perda de interesse, cansaço fácil, baixa autoestima entre outros.

A etiologia da depressão envolve múltiplos fatores podendo englobar a interação entre fatores genéticos, familiares e ambientais. (Skuse, Bruce, Dowdney, & Mrazek, 2011) Entre os vários fatores de risco descritos na literatura, destacam-se os fatores genéticos e familiares pela sua relevância e importância no desenvolvimento desta patologia na infância e adolescência. Evidência empírica mostra que 20% a 50% das crianças diagnosticadas com depressão têm na história familiar depressão ou outra doença do foro psiquiátrico. (Richardson & Katzenellenbogen, 2005) Segundo Skuse, Bruce, Dowdney, & Mrazek, (2011) descendentes de pais com antecedentes psiquiátricos de depressão apresentam maior risco de desenvolver esta patologia.

A transmissão genética da depressão pode-se confundir com influências do meio ambiente. Assim as associações entre os pais e filhos podem ser explicadas por fatores genéticos, bem como fatores ambientais. Experiências pessoais adversas também assumem um papel importante como fatores desencadeantes para o início de depressão. Por exemplo maus tratos físicos e psicológicos, negligência, abuso e assédio, perda de um familiar ou amigo, divórcio dos pais. (Herbert, 2006)

Segundo Richardson e Katzenellenbogen (2005), existe uma maior percentagem de experiências pessoais adversas em populações clínicas comparativamente a populações de crianças e adolescentes sem psicopatologia. Algumas características individuais das crianças e adolescentes, como dificuldades ao nível da aprendizagem, baixa auto estima, potencializam riscos para depressão.

A taxa de prevalência de Distímia na infância e adolescência é de 6.4%. (Caballo & Simon, 2005) De acordo com a literatura parece não existir diferenças de género nas taxas de prevalência desta perturbação na infância. No entanto o género feminino é apontado como sendo o mais predisposto a desenvolver depressão. (Dwivedi & Varma, 1997) Já na adolescência existe uma maior incidência no género feminino do que no masculino, com um ratio de 2:1. (Skuse, Bruce, Dowdney, & Mrazek, 2011)

Angold e Costello (1993) sublinham altas taxas de comorbidade com perturbações de ansiedade, num estudo empírico os autores encontraram uma taxa de 83%. De igual forma, Dwivedi (1996), afirma haver uma relação bastante complexa entre a depressão e a ansiedade. Segundo o autor, em cerca de dois terços das crianças com diagnóstico de depressão existe uma história clínica de perturbações de ansiedade anteriores a este

diagnóstico. É frequentemente a comorbidade com outras perturbações, incluindo o abuso de substâncias químicas, e distúrbios alimentares. Na adolescência está relacionada com risco de gravidez precoce. (Dwivedi & Varma, 1997)

2.2.2. Perturbação de Ansiedade

A ansiedade é uma “condição inerente ao ser humano, e um afeto adaptativo que visa proteger o indivíduo de um perigo externo ou interno”. (Bassois, Ferreira, & Recondo, 2003, p. 650)

Embora os termos medo e ansiedade sejam frequentemente empregues como sinónimos, ambos os conceitos são bastante diferentes em termos da sua manifestação, função e bases biológicas. (Muris, 2007) O medo corresponde a uma emoção primária decorrente de perigo iminente que é direcionado a um objeto ou situação em particular. (Dalgarrondo, 2008) A ansiedade pode ser entendida como um sistema de respostas complexas que englobam componentes cognitivas, emocionais, comportamentais e fisiológicas decorrentes de perceção de perigo, ameaça ou preocupação extrema. (Beauchaine & Hinshaw, 2008)

Comparativamente ao que acontece perante uma situação que suscite medo, onde a reação imediata do indivíduo é de alarme, na ansiedade há uma emoção caracterizada por preocupação, apreensão negativa, mau estar e temor relativamente a uma situação ou evento futuro. A distinção entre as duas está no imediato em oposição ao futuro, e na natureza das reações fisiológicas. Respostas de alarme são manifestadas perante medo e níveis elevados de tensão e preocupação são algumas das características da ansiedade.

Estas emoções são essenciais à sobrevivência humana e em alguns casos promovem a motivação. (Schroeder & Gordon, 2002) Baixos níveis de ansiedade estão relacionados com melhoria no desempenho e aumento de motivação, enquanto que altos níveis de ansiedade são preditores de baixo desempenho e insucesso. (Beidel & Turner, 2005)

Os medos fazem parte do desenvolvimento normal da criança, apesar de variarem na sua apresentação, expressão, número e natureza dependendo de vários fatores como a idade, género e cultura. Por exemplo entre os sete e os oito meses é normal o bebé manifestar medo de estranhos, entre os doze e os quinze meses as crianças manifestam ansiedade quando separados dos pais ou na sua ausência, entre os dois e três anos de idade os medos de animais e criaturas imaginárias são muito comuns, dos três aos seis anos muitas crianças têm medo do escuro. (Muris, 2007)

Estas reações são típicas nestas idades e indicam que o desenvolvimento da criança está a progredir como esperado. A gestão adaptativa e desenvolvimento de estratégias perante afetos negativos como a ansiedade e o medo, promovem a autonomia e a maturação. De forma geral os medos são característicos dos vários períodos desenvolvimentais e têm tendência a desaparecer com o passar da idade. (Huberty, 2013)

Assim torna-se importante fazer a distinção entre a ansiedade normal e a patológica. A ansiedade só é considerada patológica quando a sua manifestação se torna excessiva e persistente, interfere significativamente com o funcionamento normal do indivíduo e está presente mesmo na ausência de um estímulo ambiental que a justifique. (Sturmey & Hersen, 2012)

Evidência empírica indica que as perturbações de ansiedade na infância têm um curso crónico embora possam mudar de forma. (Muris, 2007) Da mesma maneira, dados longitudinais indicam que algumas formas de ansiedade na infância estão associadas ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas na adolescência, tais como as perturbações de pânico, depressivas e de conduta. (Connolly, Suarez, & Sylvester, 2011) Muitas perturbações de ansiedade na idade adulta têm o seu início na infância e adolescência. (Leyfer, Gallo, Cooper-Vince, & Pincus, 2013)

Segundo a CID-10 as perturbações de Ansiedade estão descritas para efeitos de codificação e diagnóstico como perturbações neuróticas estresse e somatoformes. No entanto e contrariamente às perturbações do humor, para as perturbações de ansiedade específicas da infância e adolescência existem diretrizes diagnósticas no capítulo correspondente a esta faixa etária, nomeadamente perturbação de ansiedade de separação na infância, perturbação de ansiedade fóbica e perturbação de ansiedade social.

Muitas destas perturbações têm características comuns particularmente em termos do sintoma de ansiedade e do comportamento de fuga ou evitamento, mas diferem de acordo com fatores precipitantes. No entanto todas elas têm uma componente incapacitante para o indivíduo e causam prejuízo na vida quotidiana da pessoa. (Stein, 2004)

Os sintomas físicos resultantes de estados de ansiedade incluem aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, irritabilidade, alteração do sono e fadiga. (Schroeder & Gordon, 2002) Os sintomas físicos mais mencionados pelas crianças são dores de cabeça e dores de barriga, apesar de não estarem descritos nos manuais de diagnóstico. (Barrett & Ollendick, 2004)

Um aspeto importante a considerar no diagnóstico deste síndrome durante a infância e a adolescência é o fato de que alguns níveis de ansiedade fazem parte do desenvolvimento

humano. Dependendo da idade e fase de desenvolvimento a ansiedade pode manifestar-se de maneiras diferentes. Por exemplo nas crianças pequenas a agitação e alterações do sono são frequentes, dada a dificuldade sentida em perceber e descrever os próprios sentimentos. Crianças mais velhas e adolescentes são capazes de descrever sintomas de ansiedade mas apresentam maior propensão para manifestarem comportamentos disruptivos.

Crianças ansiosas estão mais predispostas do que outras crianças para ver eventos menores como potencialmente ameaçadores. Em contexto de sala de aula têm tendência a escolher tarefas mais fáceis, desistir de atividades, e evitar situações em que antecipam risco de falhar. Socialmente têm tendência a sentirem-se desconfortáveis com situações novas, têm medo que os outros a avaliem de forma negativa. Apesar de poder haver alguma razão para as suas preocupações, esta é normalmente desproporcional.

Crianças com esta perturbação referem preocupações recorrentes com a escola, família, amigos e saúde. Estas crianças são descritas pelos pais como sendo muito preocupadas com tudo e todos. (Barrett & Ollendick, 2004)

A etiologia da ansiedade engloba múltiplos fatores, não existindo apenas uma possível explicação para o desenvolvimento das perturbações de ansiedade. No entanto fatores genéticos e ambientais têm sido identificados na literatura como as principais causas da ansiedade. Influências biológicas incluem o temperamento, por exemplo crianças mais inibidas apresentam maior risco de desenvolver este tipo de perturbação. No que diz respeito a fatores familiares, estilos parentais, proteção excessiva, e a educação baseada em normas muito rígidas podem contribuir para a modelação de comportamentos ansiogénicos. (Huberty, 2013) São também considerados como fatores de risco algumas situações de vida, como a doença, divórcio dos pais e pobreza. (Eley, 2001)

As perturbações de ansiedade encontram-se entre as patologias psiquiátricas mais prevalentes na infância e na adolescência. (Silverman & Field, 2011) Estima-se uma taxa de incidência de 10% na população pediátrica. Relativamente às diferenças na distribuição por género, parece verificar-se uma maior prevalência nas raparigas. (Smith, Iverach, O'Brian, Kefalianos, & Reilly, 2014)

A investigação demonstra que as perturbações de ansiedade apresentam elevadas taxas de comorbidade com outras perturbações assim como perturbações do humor e PHDA. (Connolly, Suarez, & Sylvester, 2011)

Os principais métodos de avaliação devem incluir, a combinação de entrevista clínica estruturada ou semiestruturada, observação de comportamento, e instrumentos de autorrelato. Dada a natureza multifacetada da ansiedade, é importante avaliar respostas cognitivas,

comportamentais e somáticas em diversos contextos ambientais como a escola e família. (Morris & March, 2004)

A fidedignidade da avaliação através do suporte de testes psicométricos depende da sensibilidade destes instrumentos a diferentes variáveis como a idade e etapas do desenvolvimento. (Silverman & Treffers, 2001) O diagnóstico completo deve ter em consideração comorbidade e fatores etiológicos. (Vallance & Garralda, 2008) A observação, entrevista clínica com os pais e com a criança, assim como a descrição dos pais sobre a sintomatologia apresentada pela criança são componentes importantes e essenciais no processo de avaliação. (Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003)

2.2.3. Perturbações Hiperkinéticas

A Perturbação da atividade e Atenção caracteriza-se essencialmente pelo excesso de atividade, impulsividade e défices em manter atenção sustentada. (Barkley, 2006)

Distratibilidade consiste na dificuldade em focar a atenção em determinadas tarefas, particularmente naquelas que requerem maior esforço, são mais morosas ou têm maior grau de exigência.

Crianças e Adolescentes com esta perturbação apresentam um grau elevado de dispersão da atenção e distratibilidade para múltiplos estímulos, sendo que todos os estímulos são potencialmente distratores. Pode também implicar a dificuldade de concentração, ou seja, na tenacidade de manter a atenção perante um estímulo.

Por outras palavras, estas crianças apresentam dificuldade em estar atentas durante o desempenho de uma tarefa ou atividade, e como resultado deixam muitas vezes as suas atividades a meio. (Barlow & Durand, 2012) No contexto de sala de aula o seu trabalho é caracterizado por organização pobre, dificuldade em iniciar e finalizar tarefas, perda de material, e erros devido à grande distratibilidade. Problemas maiores como expulsão e desistência escolar são observados em casos mais graves.

A dimensão da hiperatividade faz alusão à dificuldade em manter um nível de atividade adequado às exigências de uma situação particular. A impulsividade refere a dificuldade em controlar impulsos, agir sem racionalizar, pensar nas consequências.

De acordo com a CID-10 as características englobam dificuldades de atenção e hiperatividade. A atenção comprometida traduz-se em incapacidade em terminar tarefas, saltando com frequência entre várias atividades e perda de interesse no que está a efetuar. A

hiperatividade manifesta-se por inquietação excessiva, dificuldade em permanecer sentado ou quieto nas situações que o exigem e tendência em envolverem-se em conflito.

Uma criança com esta patologia distingue-se de outras crianças na gravidade e persistência dos problemas quer a nível do comportamento como da atenção. O prejuízo em diversas áreas do seu funcionamento adaptativo vai para além do esperado e apropriado nas diferentes fases de desenvolvimento.

A perturbação da atividade e atenção é um problema com gravidade na vida das crianças e adolescentes, podendo ter repercussões negativas em vários domínios, nomeadamente em contexto escolar, familiar e social. (Carr, 1999) Crianças com estas características são difíceis de lidar podendo resultar em problemas relacionais. Na grande maioria dos casos as dificuldades na relação familiar aparecem após o início dos sintomas.

A avaliação clínica de diagnóstico de perturbação da atividade e atenção deve ser baseada na observação, anamnese detalhada com descrição da dimensão e intensidade do problema, aplicação de baterias psicométricas e consulta de material escolar. A entrevista clínica é feita junto dos pais e professores, da criança ou adolescente, de forma a recolher dados. É de realçar a importância das variações culturais e ter em atenção comorbidade com outras perturbações.

Apesar da existência de diversos instrumentos de avaliação disponíveis nos dias de hoje, nenhum é exclusivamente sensível para o diagnóstico de perturbação da atividade e atenção. (Rapport, Kofler, Alders, & Raiker, 2008) No entanto as escalas de comportamento são importantes, porque dão informação sobre a frequência dos sintomas comparativamente ao que seria esperado para a sua idade e género, o que permite ao clínico determinar a gravidade dos sintomas apresentados. (DuPaul, 2003) Estes instrumentos baseiam-se essencialmente na sintomatologia descrita pelos manuais de diagnóstico.

Estima-se que na população mundial a prevalência da perturbação da atividade e atenção em crianças em idade escolar é de 3.5%. (Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman, & Hoekstra, 2008) A taxa de prevalência varia com o género, com maior incidência no sexo masculino do que no feminino.

Parece existir um sobre diagnóstico desta perturbação em ambos os géneros. A maior incidência no sexo masculino pode ser devida ao fato de os rapazes serem em regra mais impulsivos e com tendência a exteriorizar perante fatores stressantes, enquanto as raparigas tendem a fechar-se sobre si próprias causando menos problemas de comportamento, apresentando mais sintomas internalizados (ansiedade e depressão) e os rapazes sintomas mais externalizados, comportamentais. (Bruchmuller & Schneider, 2012)

A perturbação da atividade e atenção apresenta elevada comorbidade com outras psicopatologias e é frequentemente coexistente com outro diagnóstico. De uma forma geral, Perturbações de Oposição e Desafio são observadas em 35% a 50% dos casos, Perturbação da Conduta 25%, Perturbações de Ansiedade 25% e Perturbações do Humor 15%. (Kratochvil, Vaughan, Barke, Corr, Wheeler, & Madaan, 2009)

As causas da perturbação da atividade e atenção são heterogêneas dado envolverem múltiplos fatores. A predisposição genética é identificada na literatura como uma das principais causas. Estudos em gémeos monozigóticos e dizigóticos têm sido efetuados para definir taxas de hereditariedade e estabelecer a influência de fatores genéticos. (Biederman, 2005)

Sabe-se que a disfunção neuropsicológica é uma importante componente deste síndrome. De acordo com Mattes (1980), lesões no lobo frontal são responsáveis por sintomas como hiperatividade, distratibilidade e impulsividade.

Fatores ambientais como complicações durante o período pré ou perinatal, o tabagismo e abuso de álcool durante a gravidez estão associados com início precoce da sintomatologia. (Waldman & Gizer, 2006)

A farmacoterapia é o tratamento de eleição desta perturbação. Os tratamentos farmacológicos com eficácia conhecida e respostas satisfatórias são os fármacos psicoestimulantes. Estes são utilizados como primeira escolha, embora outras opções devam ser utilizadas. No entanto nem todas as crianças respondem bem à medicação e nem todos os pais aceitam a farmacoterapia como opção para o tratamento de seus filhos. Adicionalmente a medicação por si só não modifica problemas ao nível do funcionamento adaptativo. (Hoza, Kaiser, & Hurt, 2008). A considerar que em alguns casos a ineficácia da medicação poderá ser devida a erro de diagnóstico e a sintomatologia apresentada pela criança corresponder a outra perturbação. (Bruchmuller & Schneider, 2012)

Tratamentos empiricamente válidos defendem o tratamento combinado de medicação e psicoterapia. Este tipo de intervenção deve ser implementada nos contextos onde os prejuízos sentidos pelas crianças são mais proeminentes. (Chronis, Jones, & Raggi, 2006)

Como referido anteriormente, os psicoestimulantes são o tratamento farmacológico mais utilizado para a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, apesar do risco associado com efeitos secundários e do elevado grau de incidência dos mesmos, nomeadamente perda de apetite e alterações ao nível do sono. Adicionalmente o efeito desta medicação a longo termo é ainda desconhecido, particularmente a nível do crescimento, representando risco para a saúde destas crianças. (Meijer, Faber, Ban, & Tobi, 2009)

De acordo com Ray, Schotlekorb e Tsai (2007) a ludoterapia tem demonstrado eficácia no tratamento sintomático de crianças com perturbação da atividade e atenção.

2.3. Abordagem de Intervenção

O âmbito da psicologia clínica tem-se expandido ao longo dos anos. Atualmente existem várias abordagens de orientação teórica, existencial, humanista, cognitivo-comportamental, psicodinâmica, sistêmica, entre outras. (Pomerantz, 2011). Neste caso específico do estágio a abordagem de intervenção terapêutica utilizada foi a Ludoterapia Centrada na Criança. No entanto devido às suas origens serem provenientes da Abordagem Centrada na Pessoa considera-se pertinente aprofundar a mesma.

2.3.1. Terapia Centrada na Pessoa

O paradigma humanista nasceu nos estados unidos nos anos 50 e 60, e rapidamente ganhou espaço na psicologia devido às suas diferenças filosóficas, comparativamente a outras esferas de pensamento, como o determinismo behaviorista e psicanálise.

O Humanismo é um sistema filosófico que promove a condição humana, valores, dignidade e bem-estar. Esta forma de pensamento baseia-se na razão e investigação empírica, com enfoque na ética e contrapõe explicações sobrenaturais sobre a essência do ser humano. (Casemore & Tudway, 2012) As dimensões básicas do paradigma humanista estão indiscutivelmente relacionadas com os fundamentos da abordagem centrada na pessoa. (Gillon, 2007)

O modelo teórico de intervenção terapêutica, intitulado de Terapia Centrada na Pessoa foi desenvolvido pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers em 1940. Distingue-se de outras formas de terapia pela sua conceção da natureza do homem. Rogers respeita e defende a dignidade da pessoa com a convicção de que o ser humano é merecedor de confiança. O autor valoriza o potencial humano para o crescimento, maturação e desenvolvimento pleno, o qual denomina de tendência atualizante. Potencial este, que uma vez libertado permite à pessoa resolver os seus próprios problemas, de acordo com as suas motivações e vivências.

Rogers salienta que a abordagem centrada na pessoa reflete a sua filosofia profissional. Influenciado pela confiança na sua experiência clínica, o seu modo de estar em terapia acompanhou-o ao longo do seu percurso. Deste modo, qualquer teoria que colocasse

em causa a confiança no seu trabalho ou no cliente era considerada como um impedimento para o processo terapêutico. A ausência da confiança torna-se aqui um fator potencialmente destrutivo para um relacionamento saudável entre o cliente e o terapeuta.

Rogers percebeu que a fidelidade a uma orientação teórica poderia pôr em causa o sucesso da terapia, uma vez que o terapeuta poderia estar mais envolvido em aplicar orientações teóricas no seu trabalho do que tentar perceber o mundo interno do cliente e as suas experiências.

Esta perspetiva defende um profundo respeito pela experiência da pessoa, mesmo que entendida por outros como algo bizarro ou errado, evidencia a compreensão da pessoa, na sua consciência subjetiva de si mesma e do mundo. (Thorne, 2003)

Durante o seu percurso várias foram as denominações dadas a esta sua maneira de estar com o outro – terapia não diretiva, terapia centrada no cliente, encontro centrado no grupo, ensino centrado no aluno, dependendo do seu campo de aplicação. (Rogers, 1980)

Bozarth et al (1991) identificam quatro períodos marcantes da evolução do pensamento de Rogers, fases estas que são espelhadas no desenvolvimento da abordagem centrada na pessoa. Assim esta evolução, representa primordialmente uma constante atualização do seu modelo.

Num primeiro período, correspondente ao ano de 1940, Rogers apresentou o que ele designou de aconselhamento não diretivo ou psicoterapia não diretiva. Em 1942, publicou o livro “Aconselhamento e Psicoterapia: novos conceitos na prática”, onde descreveu a filosofia e prática de terapia não diretiva. O termo não diretivo reflete a essência do método de aconselhamento Rogeriano. O terapeuta não diretivo evita a partilha de conhecimentos e concentra-se principalmente em escutar, refletir e esclarecer o que o cliente lhe transmite de forma verbal e não-verbal, com o objetivo de o/ a ajudar a ganhar *insight* sobre os seus sentimentos.

Pondo em causa a validade de práticas psicoterapêuticas existentes na altura, Rogers contestou métodos que utilizavam a sugestão, direção, persuasão, ensino, interpretação e diagnóstico, apresentando uma forma revolucionária de terapia oposta a outras linhas de pensamento.

Brodley (2000) esclarece que a não diretividade é uma atitude transmitida à pessoa através do respeito pela sua autonomia, que não pode ser confundida com passividade do terapeuta. Durante o processo terapêutico existe um envolvimento ativo do terapeuta em acompanhar a pessoa com humildade, e proporcionar um ambiente facilitador para que esta se possa expressar. (Marry, 2000)

Num segundo período, 1950, caracterizado pela mudança do pensamento de Rogers e pela mudança no nome da abordagem, em que renomeou a sua abordagem de terapia centrada no cliente, redirecionando ênfase no cliente em vez dos métodos não diretivos. Aqui o relevo na não diretividade do terapeuta é substituído pela homenagem às capacidades da pessoa e por um papel mais ativo por parte do terapeuta. Demonstrando assim, um puro respeito pelas capacidades da pessoa em conduzir o processo terapêutico. (Flanagan & Flanagan, 2004)

O terceiro período, também conhecido como fase experimental de Rogers, começou no final de 1950, e está associado ao livro “*Tornar-se Pessoa*”, em que o autor se foca essencialmente no potencial do ser humano.

O quarto período correspondente aos anos de 1980 a 1990. Este foi assinalado por uma considerável expansão desta abordagem direcionada a outras áreas de intervenção como, a educação, indústria, grupos terapêuticos e a busca pela paz mundial. (Corey, 2009)

A abordagem centrada na pessoa assenta em alguns conceitos fundamentais, assim como a teoria da personalidade, processo psicoterapêutico, e relações humanas.

Em 1951 Rogers publica “Uma Teoria da Personalidade e Comportamento” onde o autor descreve em dezanove proposições o que explica a teoria da personalidade fundamentada em estudos empíricos. (Gillon, 2007).

“Todo o indivíduo existe num mundo de experiência, em permanente mudança, do qual ele é centro”. (Rogers, 2004, pag.487)

O mundo a que se refere o autor, corresponde ao campo experimental da pessoa, que é composto por sensações, percepções, experiências disponíveis ou não ao nível da consciência. Fala-se de um mundo próprio do indivíduo que só ele tem acesso de forma integral.

“O organismo reage ao campo perceptivo tal como este é experimentado e percebido. Este campo é, para o indivíduo realidade”. (Rogers, 2004, p. 488)

A percepção da realidade é única para quem a experiencia. É esta percepção que influencia a forma como a pessoa reage, pois a interpretação dos acontecimentos e experiências condiciona os seus atos. Perante uma situação igual duas pessoas demonstram sentimentos e comportamentos diferentes, dado que cada uma experienciou essa realidade de maneira distinta. Trata-se de uma realidade pessoal, que pertence à pessoa e não é experienciada simultaneamente por duas pessoas independentemente de as situações serem iguais.

O organismo é em si um sistema organizado que trabalha para manter o seu equilíbrio natural. Qualquer aspeto que provoque alteração numa parte do sistema faz com que as outras se alterem. Rogers dá o exemplo das doenças psicossomáticas para explicar como estas

alterações acontecem ao nível do domínio psicológico. Por exemplo uma pessoa que sinta dificuldade em estudar para um exame, pondo em causa o seu sucesso académico naquele ano, pode desenvolver uma ulcera.

“O organismo tem uma tendência fundamental para: actualizar, manter e realçar a experiência organísmica” (Rogers, 2004, p. 492)

Um dos principais pressupostos desta abordagem é o conceito de tendência atualizante. Esta tendência é direcional, uma força interna que move o indivíduo para o crescimento, envolve a construção e motivação do mesmo.

A tendência atualizante é uma força motivacional que impulsiona o organismo para a plena realização, é a energia que determina a direção da pessoa, num processo intrínseco de crescimento e mudança em constante atualização das suas potencialidades, mesmo nas circunstâncias mais desfavoráveis o ser humano esforça-se por ser bem-sucedido. (Bozarth & Brodley, 1991) A pessoa empenha-se em melhorar de alguma maneira. (Casemore & Tudway, 2012) A expressão da tendência é única para cada indivíduo e pode ser condicionada pelas aprendizagens e circunstâncias vividas. (Bozarth & Brodley, 1991)

Assim como uma planta se move em direção ao crescimento, dependendo das condições ambientais e climáticas, o homem também tem esse potencial inato para o crescimento, onde as únicas oposições provêm do ambiente em que está inserido. Da mesma forma que uma planta não cresce sem água, sol e solo fértil, o crescimento humano também é atrofiado em condições desfavoráveis. (Thorne, 2003)

Por outras palavras pode-se dizer que a tendência atualizante é suscetível às condições do meio circundante. Perante condições desfavoráveis esta tendência pode ser reprimida e destorcida de tal forma que o crescimento da pessoa é afetado, embora esta tendência continue presente. (Bozarth & Brodley, 1991)

“O Comportamento é, sobretudo, o esforço dirigido a um fim do organismo satisfazer as suas necessidades, tal como as experimenta no campo percebido”. (Rogers, 2004, p. 495)

As necessidades da pessoa provêm da tendência atualizante. Estas necessidades constituem tensões que impulsionam o progresso na caminhada da pessoa e formam a base do comportamento. Isto é, o organismo comporta-se de forma a fazer com que as suas necessidades sejam cumpridas.

“A emoção acompanha e, de um modo geral, facilita o comportamento dirigido para um fim; o tipo de emoção relaciona-se com os aspetos pesquisadores do comportamento em oposição aos aspetos consumados; a intensidade da emoção está em relação com o significado

percepção do comportamento para a subsistência e evolução do organismo” (Rogers, 2004, p. 497)

A amplitude da reação emocional da pessoa depende da sua percepção, e do que esta considera necessário para atingir o seu objetivo.

Esta abordagem promove e respeita a independência do indivíduo em vez de tentar ajudá-lo a solucionar os seus problemas, desta forma a pessoa, na sua globalidade, é valorizada em oposição ao seu problema. Sendo o seu foco proporcionar um “terreno fértil” para o crescimento e maturação de forma a que o indivíduo seja capaz de lidar com os seus problemas de uma maneira mais saudável para ele. (Rogers, 1942)

Rogers foi sensível à evidência de movimento inato para o crescimento, através da observação no trabalho terapêutico com clientes, verificou que as pessoas não beneficiavam da psicoterapia quando esta era diretiva, ou utilizava métodos interpretativos. (Brodley, 1999)

A abordagem centrada na pessoa baseia-se essencialmente numa perspetiva organísmica. (Tudor & Worrall, 2006) demonstrando um profundo acreditar nas capacidades do organismo humano.

Para Rogers a terapia não se destinava a fazer algo pelo indivíduo ou influenciá-lo a fazer por si mesmo, muito pelo contrário, é uma questão de o libertar para crescimento normal. O autor enfatiza igualmente a importância da postura do terapeuta, para estar em relação com o outro de uma forma genuína, é necessário que este reconheça os seus próprios sentimentos. O ser genuíno compreende não só a vontade de o ser, mas a capacidade de expressar os sentimentos que o outro lhe transmite. Para Rogers esta é a única forma em que uma relação pode ser real. (Rogers, 1961)

O terapeuta assume assim a função de ajudar o cliente a explorar os seus recursos internos, confiante que o cliente sabe em que direção caminhar. O terapeuta não impõe as suas opiniões ou sugere soluções. (Thorne, 2003) Contrariamente a outras abordagens o terapeuta assume um papel de convidado expectante, sem fazer interpretações ou análises relativamente ao mundo interno do cliente. (Mearns, 2003). Ou seja, pela compreensão do mundo interno do cliente facilita o seu autoconhecimento a consciencialização de si, do seu campo experiencial permitindo a autoaceitação e a diminuição da incongruência. (Pires, 2015)

“O objetivo do profissional não é conduzir (guiar) a pessoa que pede ajuda (...) mas ajudá-lo a abrir portas dentro de si, de modo a encontrar a resposta (solução)”. (Nunes, 1999, p. 63)

Existe uma confiança profunda e sentida, de que não existe ninguém mais capaz do que a pessoa para encontrar a solução para o seu problema. Esta postura do terapeuta é o que Rogers define de não diretividade. Através da relação centrada na vivência e no potencial de crescimento da pessoa, o terapeuta oferece as condições necessárias para o crescimento e evolução. (Hipólito, 2005)

Nesta perspetiva a relação estabelece-se de forma simétrica, em oposição ao tradicionalmente praticado em outras abordagens. Rogers recusa ideais que creem no saber superior do terapeuta, este deixa de ter uma posição de especialista detentor de todas as respostas e técnicas para gestão e resolução de problemas e sintomas para passar a ser um participante (Hipólito, 2005)

Jungo (1988), defende que para se tratar uma pessoa a nível psicológico é necessário que o terapeuta deixe de lado pretensões relativamente a um conhecimento teórico superior e abdique de uma postura de autoridade e desejo de influenciar a pessoa.

Segundo Rogers (1967), o diagnóstico situa o locus da terapia fora do cliente, podendo determinar a direção e o seu objetivo. O diagnóstico é oposto à filosofia da abordagem centrada na pessoa e considerado como potencialmente prejudicial à relação. Ignorando a essência da pessoa e o seu mundo interior, reduz a identidade da pessoa a um rótulo. O autor considera que o diagnóstico é por conseguinte irrelevante para o processo terapêutico, já que os ingredientes essenciais para que ocorra mudança estão na qualidade da relação. (Mearns, 2003)

Apesar de existir alguma controvérsia sobre a utilização do psicodiagnóstico na prática clínica fundamentada na perspetiva humanista, as críticas sobre o seu uso estão mais relacionadas com a atribuição excessiva de “rótulos” do que propriamente com as suas características.

Hipólito (2000) salienta que as condições necessárias propostas por Rogers são por si só um elemento de diagnóstico, que detêm a particularidade de envolver o terapeuta neste processo. (Pires, 2004)

Assim podemos dizer que avaliação psicológica com o objetivo específico de psicodiagnóstico compreende um entendimento mais aprofundado da pessoa na sua totalidade de forma a ajuda-la no processo, desde que não desrespeite sua autoridade. (Pires & Brites 2008)

2.3.2. Ludoterapia Centrada na Criança

Durante bastante tempo considerou-se que crianças e adolescentes eram de certa forma semelhante aos adultos, desvalorizando as suas necessidades e competências. As crianças eram vistas como pequenas miniaturas do ser humano adulto. (Trull, 2005)

A prática clínica com crianças é significativamente diferente do trabalho com adultos. A APA sugere treino específico nesta área de atuação, requerendo um aprofundar de conhecimentos e compreensão sobre bem-estar e saúde mental, de crianças, jovens e famílias. Conhecimento que envolve os seguintes aspetos teóricos:

- Psicopatologia incluindo etiologia, opções de tratamento e os diversos modelos teóricos.
- Processo normal de desenvolvimento e possíveis problemas psicológicos associadas a alterações do mesmo.
- Métodos de avaliação psicológica incluindo personalidade e cognição (Freeman, Felgoise, & Davis, 2008)

As crianças e adolescentes da sociedade atual são confrontadas com várias problemáticas associadas à presença e ocorrência de diversos riscos, alguns relacionados com o processo normal de desenvolvimento e outros de carácter mais traumático, como por exemplo abuso físico e emocional, pobreza e *bullying*. Por exemplo na Grã-Bretanha uma em dez crianças sofrem de problemas de saúde mental. (Robson, 2010)

Segundo Callias, Miller, Lane e Lanyado (1992) os objetivos principais das intervenções psicoterapêuticas com crianças são a redução da problemática apresentada, promoção de autonomia e do desenvolvimento normal, manutenção de ganhos terapêuticos e persistência de melhorias. (Robson, 2010)

A terapia através do jogo emergiu como uma abordagem viável no trabalho psicoterapêutico com crianças. (Campbell & Knoetze, 2010)

A ludoterapia centrada na criança surgiu a partir da perspectiva de Rogers (1942), foi originalmente desenvolvida por Rogers e posteriormente aprofundada por Axline. (Campos & Cury, 2009) Esta abordagem assenta na suposição de que cada pessoa tem interiormente a capacidade para a auto-realização e para o crescimento. (Bratton, Ray, Edwards, & Landreth, 2009)

Esta forma de terapia é essencialmente voltada para o universo infantil, embora também possa ser uma ferramenta utilizada no trabalho psicoterapêutico em todas as faixas etárias.

Nas crianças o objetivo da ludoterapia é de facilitar a expressão de sentimentos e conflitos, de forma a contribuir para um melhor ajuste social e emocional. (Goldstein & Naglieri) Através do brincar a criança é capaz de libertar os seus sentimentos e problemas. (Cochran, Nordling, & Cochram, 2010)

Assim, a psicoterapia através do ludo, baseia-se no pressuposto teórico de que o jogo é um meio natural de auto-expressão utilizado pela criança, é uma oportunidade que se dá à criança para que manifeste os seus sentimentos e problemas, na sua linguagem natural, seja ela verbal ou através do jogo. (Cochran, Nordling, & Cochram, 2010)

Wilson e Ryan (2002), salientam que a ludoterapia “não diretiva” facilita o estabelecimento da relação terapêutica também com adolescentes. Esta forma de terapia permite ao adolescente explorar as suas preocupações, tensões e dificuldades emocionais de uma forma criativa. Neste caso, com recurso a outros materiais e atividades lúdicas de acordo com a faixa etária, necessidades e interesses do adolescente.

O jogo é em primeiro lugar algo divertido para a criança, com crucial importância na sua aprendizagem espontânea e desenvolvimento. É um recurso que facilita o crescimento, ao nível de competências sociais, criatividade, atenção, modelação e regulação de sentimentos, que possibilita uma boa adaptação e confiança no meio circundante. (Chazan, 2002)

Segundo Landreth, a aprendizagem da criança é feita através da interação com o meio, e é através do brincar que a criança conceptualiza as suas experiências. Sobre a perspetiva do desenvolvimento, as crianças sentem-se mais confortáveis com o jogo do que com palavras, já que o brincar é o seu meio natural de comunicação. Restringir a sua expressão ao verbal, significa impor limitações que representam barreiras na relação terapêutica. (Landreth, 2012).

A ludoterapia centrada na criança, não se baseia num conjunto de técnicas usadas numa sala de ludo, mas sim num modo de estar (Landreth, Ray, & Bratton, 2009), uma vez que o elemento terapêutico está no relacionamento em si, este é um instrumento potencial de crescimento e mudança. (Menassa, 2009)

Nesta abordagem a criança é o foco e não o problema, quando o foco é a solução do problema normalmente a criança perde-se algures no processo, assim a sua essência está no encontro terapêutico.

A terapia, ou ludoterapia centrada no cliente/criança ou, o acompanhamento psicológico que se guia por esta abordagem, implica por parte do terapeuta e ou psicólogo, a interiorização de uma filosofia de vida humanista, um modo de estar com o outro e de ser em terapia. As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica são as mesmas que as utilizadas no trabalho com adultos: congruência, aceitação incondicional e compreensão

empática, ou seja, a transmissão ao cliente da compreensão do mundo interno do mesmo pelos olhos do terapeuta. As três condições proporcionadas pelo terapeuta facilitam a expressão emocional do cliente, evidenciando as capacidades do indivíduo para se organizar, é uma experiência relacional vivida por duas pessoas e direcionada por aquela que pede ajuda, por outras palavras, estabelece responsabilidade na criança pelos seus comportamentos durante as sessões.

A terapia é um processo gradual em que o terapeuta respeita o ritmo da criança e as suas necessidades, não tentando apressar a criança numa tentativa de obter resultados mais rápidos. Acredita-se que a mudança pessoal, deve partir internamente e não imposta pelo exterior.

Um dos aspetos importantes na ludoterapia é a selecção de brinquedos usados na sala de ludo. (Lebo, 1958) Vários autores têm sublinhado o valor dos brinquedos, elaborando recomendações sobre o uso de brinquedos adequados. (Ray , et al., 2013)

Axline sugere que a sala de ludo deve estar apetrechada com uma lista de brinquedos terapêuticos que facilitem a expressão da criança. Entre eles destacam-se a pistola, casa de bonecas, fantoches, soldadinhos, canetas, lápis de cor, papel para desenhar e casa de bonecas. (Axline, 1972)

Landreth recomenda brinquedos que representem o mundo real, como família, casa, estojo de médico, a representação da agressividade e a expressão da emoção através da criatividade fantoches. (Landreth, Ray, & Bratton, 2009) Os brinquedos devem ser de manuseamento fácil e construídos de materiais duráveis para que não provoquem tensão ao brincar e possam resistir ao uso frequente. (Axline, 1972)

O terapeuta confia na capacidade da criança em percorrer o seu próprio caminho em direção a ultrapassar as dificuldades, facilitando o processo através da consciencialização da sua expressão emocional, sem direccionar para temas específicos mas sim centrado nas necessidades da criança em cada momento. Sem direccionar no que fazer, falar ou fazer interpretações, a contribuição do terapeuta é de ajudar a criança a mover-se no sentido da autorrealização. (Cochran, Nordling, & Cochram, 2010) Os problemas do mundo da criança, não são introduzidos pelo terapeuta para tentar perceber o que se passa fora da sessão. De acordo com Landreth, a informação sobre os fatos não muda os comportamentos necessariamente. (Baggerly, 2005)

Brincar é um processo dinâmico e espontâneo onde o pensar e sentir pode florescer desde que separado de consequências negativas que originem medo. (McMatton, 1992) Apenas o momento presente é significativo, o terapeuta observa a criança sem julgamento.

Este momento é preenchido pelos sentimentos, comportamentos e pensamentos da criança. (Baggerly, Ray, & Bratton., 2010)

O terapeuta raramente questiona a criança, pois as questões são uma forma de estruturar e direcionar a sessão, interferindo assim com a forma da criança brincar. Por exemplo o terapeuta não pergunta o significado de um desenho ou faz interpretações sobre o mesmo. Fazer interpretações sobre os comportamentos da criança é trazê-la à realidade, o que infere com a sua expressão simbólica e pode causar inibição na sua maneira de estar. (O'Connor & Braverman, 2009)

Está bem estabelecido que a qualidade da relação entre o terapeuta e o cliente é um forte indicador de prognóstico positivo. (Schottelkorb, Swan, Garcia, & Bradley, 2014). Shirk e Saiz defendem que a relação é um meio em si e também um meio para atingir um fim.

Os construtos teóricos desta abordagem não se relacionam com a idade da criança, desenvolvimento físico e psicológico ou queixa, mas sim na dinâmica interna da criança em se relacionar e descobrir o seu eu/*self* na relação com o “outro significativo” afetivamente.

Esta abordagem não se foca na especificidade dos sintomas ou problemas, normalmente é feita uma avaliação, a fim de compreender melhor o funcionamento global da criança no sentido de perceber o potencial da aplicação da ludoterapia centrada na criança e/ou encaminhar para outras intervenções específicas.

A ludoterapia centrada na criança está recomendada para uma vasta gama de problemáticas comuns da infância, tais como perturbações da ansiedade e perturbações do humor. (Cochran, Nordling, & Cochran, 2010) Um aspeto fascinante do poder desta abordagem é que pode ser bem-sucedida numa grande variedade de problemas, sem focar sintomas ou comportamentos diretamente. A aceitação do terapeuta, o espaço seguro onde a criança possa brincar, fazem da sessão de ludo um terreno propício para o crescimento e desenvolvimento pessoal.

É por assim dizer, uma intervenção global, e não um conjunto de técnicas que podem ser utilizadas à discrição do terapeuta. É um sistema no seu sentido completo em que todos os procedimentos, e princípios, devem ser empregados no trabalho psicoterapêutico (Guerney, 2001). Desta forma a criança é livre para experienciar o seu mundo interno ativando os seus poderes curativos e o potencial para o crescimento. O terapeuta evita criticismos, conselhos, interpretações e direcionamento. À criança é colocada à disposição um conjunto de materiais de expressão e brinquedos selecionados, de preferência material ambíguo que permita a expressão livre de sentimentos e emoções por parte da criança. É dada a oportunidade à criança para brincar livremente, abordar os temas que lhe fazem mais sentido em cada

momento ou que a preocupam, ou mesmo, estar em silêncio se assim o desejar, pretende que o tempo da sessão constitua um espaço de liberdade para a criança, que o terapeuta acompanha e facilita o autoconhecimento e a auto-organização (Pires, 2015). Desta forma o terapeuta ajuda não apenas a providenciar brinquedos que facilitem a expressão natural do *self*, a refletir os sentimentos da criança, e aceitar sentimentos positivos ou negativos.

O processo terapêutico passa por quatro fases: 1- Inicialmente a criança apresenta emoções difusas e indiferenciadas, de natureza negativa. Por exemplo crianças perturbadas têm tendência a destruir tudo, ou preferem ser deixadas em silêncio 2- Conforme o relacionamento terapêutico cresce, a criança é capaz de expressar zanga mais específica relativamente às figuras do seu mundo relacional. Quando estes sentimentos negativos são aceites pela criança, ela começa a aceitar-se a si própria. Na 3ª fase a criança é capaz de exprimir sentimentos positivos, passa a existir uma grande ambivalência de sentimentos, em que sentimentos carinhosos são misturados com sentimentos de hostilidade, por exemplo a criança abraça uma boneca e no momento seguinte tenta magoa-la. Os sentimentos ambivalentes tendem a ser irracionais a principio mas assim que as emoções positivas começam a ser mais fortes a criança entra na fase final. Na 4ª fase, já é capaz de separar e expressar as suas emoções positivas e negativas de uma forma mais realista (Schaefer, 1985).

As fases são uma separação um tanto ou quanto artificial, isto porque, como cada caso é singular, cada processo terapêutico desenvolve-se em ritmos diferentes por vezes, com avanços e retrocessos. Ainda assim, o objectivo final é que a criança se aceite a si mesma e que se dê a diminuição da sua incongruência.

Segundo Axline, os comportamentos desajustados estão relacionados com uma complexidade de fatores e representam uma tentativa interna do individuo em se tornar mais próximo de si próprio na sua totalidade. O comportamento que o individuo manifesta exteriormente está interligado com todas as experiências vividas tanto passadas como presentes.

“Quando um individuo encontra uma barreira que torna mais difícil para ele conseguir a completa realização de si mesmo, é formada uma área de resistência, atrito e tensão. O anseio pela autorrealização continua e o comportamento do individuo demonstra que ele esta satisfazendo sua aspiração interior através da luta exterior” (Axline, 1972,p. 12)

De acordo com Rogers e Axline, o objetivo principal do ser humano, desde a infância até a velhice, é a realização plena do *self*. Numa tentativa de aproximar o comportamento do *self* ideal, as crianças podem modificar o seu comportamento. Se existirem privações por exemplo falta de amor, e cuidado, são negadas ao *self* as condições necessárias para um

desenvolvimento positivo. Comportamentos inadequados podem então ser adquiridos numa tentativa de lidar com as situações que distorcem o auto conceito e levam ao desajustamento.

Esta intervenção psicoterapêutica foca a criança e em particular o seu eu. Não é orientada externamente mas direcionada ao eu interior da criança que não é necessariamente aparente nos comportamentos. O desenvolvimento da criança é visto como uma viagem e processo de maturação “*of becoming*” tornar-se pessoa vir a ser. Para Rogers a criança é o centro de um mundo de experiências em constante mudança. A estrutura do *self* e o seu conceito são a fonte de problemas psicológicos e comportamentos desadequados. Assim abordar o conceito do eu leva a comportamentos maduros sem ter que trabalhar problemas específicos.

O relacionamento que se estabelece entre o terapeuta e a pessoa/criança é pautado pelas atitudes básicas. Atitudes estas que possibilitam aceitar o outro sem impedimentos ou barreiras (Axline, 1972).

Vários estudos científicos têm demonstrado a eficácia da ludoterapia centrada na criança e desta forma de estar com o outro no trabalho terapêutico com os mais pequenos. Lin e Bratton (2015) fizeram uma meta análise relativamente a vários estudos nesta área, e os resultados demonstram eficácia significativa. De igual forma Bratton et al (2005), demonstram num estudo meta analítico que a ludoterapia é um método eficaz no trabalho terapêutico com crianças. Os autores acrescentam que as abordagens humanistas alcançaram efeitos terapêuticos mais significativos do que outras abordagens dentro da ludoterapia.

Baseando-nos na eficácia desta intervenção queremos demonstrar de certa forma com o nosso trabalho prático o poder desta abordagem. Apesar do que vamos apresentar relativamente aquilo que foi o nosso trabalho e de este não ser um estudo de investigação, pensamos que de alguma forma podemos contribuir para a valorização desta abordagem junto do contexto médico em que estávamos inseridos.

III Trabalho De Estágio

3.1. Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades foram desenvolvidas no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência durante o período de Janeiro a Agosto de 2012, perfazendo um total de 500 horas repartidas trissemanalmente. O número de horas de estágio foi distribuído por diferentes

atividades que serão ilustradas na tabela abaixo. A atividade desenvolvida incidiu maioritariamente no acompanhamento individual de casos clínicos. O quadro abaixo representa a visão geral sobre as diferentes atividades desenvolvidas durante o estágio bem como a sua calendarização.

Tabela 1. Síntese de atividades desenvolvidas

Atividades	Horas/Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Revisão Bibliográfica	9 meses									
Integração na Equipe	24 horas									
Período de Observação	112 horas									
Reuniões Multidisciplinares	104 horas									
Consulta de psicologia	96 horas									
Consulta de Triagem	91 horas									
Supervisão Clínica	26 horas									
Relato escrito das sessões	78 horas									

3.2. Trabalho Indireto

Trabalho indireto engloba a observação e revisão bibliográfica, participação em reuniões multidisciplinares e reuniões de supervisão.

O período de observação consiste numa fase fundamental e indispensável do estágio, permitindo um primeiro contato com a realidade profissional. Este momento teve como objetivo o conhecimento do espaço físico, da equipa multidisciplinar, e da orgânica hospitalar no contexto mais específico do estágio, bem como, a observação da intervenção do psicólogo na sua vertente prática e teórica. Durante este tempo foi possível assistir a consultas de triagem, primeiras consultas, consultas de seguimento e consulta de avaliação psicológica. Tivemos a oportunidade de observar várias situações clínicas com diversas perturbações mentais.

Esta experiência facilitou a compreensão da dinâmica de uma consulta de psicologia, estratégias de entrevista, recolha anamnesica de informação e aplicação dos seguintes testes de avaliação psicológica: WISC III, teste de HTP, Matrizes progressivas de Raven e Teste Projetivo de Rorschach.

A preparação teórica foi imprescindível no estabelecimento de lacunas teóricas do conhecimento necessárias à intervenção clínica com crianças e adolescentes. As lacunas teóricas foram colmatadas com pesquisa bibliográfica, análise de artigos científicos, livros

técnicos e supervisão semanal com a coorientadora de estágio e também com os seminários de estágio. Sendo o conhecimento científico um dos aspectos essenciais à boa prática da psicologia clínica, pensamos que estas atividades tiveram um papel de maior relevância no desenvolvimento e crescimento enquanto futura técnica

3.2.1. Reuniões de Supervisão e Seminários de Estágio

Supervisão pode ser entendida como um processo de ensino e verificação que promove a aprendizagem e a consolidação de competências profissionais. A supervisão é assim um requisito fundamental para a boa prática e exercício da profissão. No espaço de supervisão o profissional júnior tem oportunidade de discutir questões de forma a regular a dinâmica do seu trabalho com um profissional experiente que monitoriza e orienta o formando. (Fleming & Steen, 2004)

As reuniões de supervisão assim como seminários de estágio tiveram lugar semanalmente. Os seminários de estágio objetivaram a discussão de ética profissional, partilha de experiências com os estagiários, apresentação e discussão de casos clínicos, facilitando um melhor entendimento teórico-prático sobre a intervenção clínica do psicólogo segundo a abordagem centrada na pessoa. A formação recebida nos seminários ajudou-nos ao desenvolvimento de um olhar crítico e de reflexão sobre a nossa prática.

Relativamente às reuniões de supervisão com a coorientadora, estas revelaram-se imprescindíveis, sendo que neste espaço nos era dada a oportunidade para verbalizar dúvidas e dificuldades, assim como transmitir o nosso conhecimento, entendimento e experiência vivida em cada caso clínico em particular. Proporcionava uma melhor compreensão dos casos apresentados.

3.2.2. Reuniões Clínicas Multidisciplinares

As Reuniões Clínicas multidisciplinares são agendadas semanalmente à quarta-feira entre as 9.30 e as 12.30, visam uma melhor articulação entre todos os profissionais de saúde do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (enfermeira, médicas pedopsiquiatras, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogas e respectivos estagiários), delineamento de planos terapêuticos, discussão de casos clínicos, estratégias do serviço e formação. Ocasionalmente o serviço agenda reuniões com estruturas sediadas na comunidade com as

quais a equipa partilha situações complexas nomeadamente com; CPCJ Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Santarém, e Gabinete de Psicologia da Câmara Municipal de Santarém. Entre os vários casos que a CPCJ articula com o SPIA destacam-se as problemáticas de absentismo escolar, negligência familiar na supervisão, educação e saúde física e emocional, e comportamentos de risco na infância e adolescência.

Já o Gabinete de Psicologia da Câmara Municipal de Santarém está primordialmente direccionado para o apoio psicopedagógico de crianças e jovens das diversas escolas do conselho. Neste sentido a maior parte dos casos discutidos apresentam dificuldades em contexto escolar, nomeadamente na aprendizagem.

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de participar em algumas destas reuniões, nas quais articulamos com a equipa os casos clínicos que nos foram atribuídos. Participamos de forma activa na elaboração do regulamento interno do Serviço para acreditação, processo que envolveu todo o Departamento.

Esta experiência foi uma mais valia na nossa aprendizagem por nos ter sido oferecida a oportunidade de assistir à apresentação de diversos casos clínicos por parte de diferentes técnicos superiores de saúde mental e à sua discussão entre os membros da equipa.

A experiência profissional previamente adquirida, incluindo várias participações em reuniões fez-nos sentir esta vivência com confiança. Adquirimos também um melhor entendimento sobre a atuação do psicólogo numa instituição como a CPCJ, assim como a importância do seu papel quer ao nível da intervenção como da prevenção de múltiplos fatores de risco para crianças e jovens.

3.3. Trabalho Direto

Considera-se como campo de atuação direta o atendimento individual e avaliação de crianças e adolescentes em consulta de psicologia clínica, e participação em consultas de triagem. Todas as atividades desenvolvidas foram realizadas no SPIA, tendo em conta as necessidades do mesmo.

3.3.1. Consulta de Triagem

O termo triagem refere-se ao “ato ou efeito de triar, de separar, de seleccionar”. A triagem psiquiátrica assenta no processo de avaliação inicial do utente, incluindo história

médica e psiquiátrica, estado mental, avaliação e formulação de diagnóstico de forma a elaborar um plano terapêutico. (Bhatia, 2009)

Assim, a consulta de triagem tem como objetivo selecionar e analisar pedidos provenientes do médico de família através do Alert (Programa de articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital). Os pedidos são inicialmente avaliados pela diretora do serviço que estipula a data da consulta dependendo da sua pertinência.

Estas consultas têm lugar todas as segundas feiras, sendo efetuadas por um Pedopsiquiatra e dois técnicos da equipa multidisciplinar. Em cada triagem são agendadas entre seis a oito crianças entre as 9 e as 16 horas. Nesta consulta a criança é acompanhada pelos pais/prestadores de cuidados, o que possibilita aos técnicos observar a dinâmica familiar. Após a recolha de dados e observação a equipa reúne durante alguns minutos na ausência dos pais e da criança com a finalidade de discutir a pertinência do pedido, plano terapêutico ou encaminhamento adequado se aplicável.

Durante a consulta de triagem é efetuada uma entrevista clínica onde são colhidos os dados anamnésicos do utente, é elaborado um diagnóstico provisório, sendo oferecido ao doente e prestadores de cuidados um plano terapêutico de acordo com o diagnóstico e queixas apresentadas. (Regulamento Interno do Hospital Distrital de Santarém, 2006)

Neste período participamos em quase todas as consultas de triagem, em que a psicóloga designada era a nossa coorientadora do local de Estágio. Desta forma foi-nos possível observar o trabalho clínico das três Pedopsiquiatras do SPIA, e os diferentes estilos de trabalho na recolha de dados clínicos, clarificação do motivo de consulta e abordagem utilizada.

Estas consultas são de grande importância, já que permitem um encaminhamento adequado das situações clínicas e reduzem o tempo de espera dos utentes.

A variedade de situações observadas permitiu-nos tomar contacto com um vasto leque de queixas do foro psicológico, facilitando assim a nossa aprendizagem e conhecimento relativamente ao entendimento das situações clínicas.

No nosso ponto de vista esta atividade promoveu um melhor entendimento relativamente às perturbações psicológicas da infância e adolescência e suas manifestações. Consideramos que foi uma excelente oportunidade para participar na discussão de casos clínicos e delinear de projetos terapêuticos.

Inicialmente estas consultas foram sentidas por nós com alguma apreensão, o que terá certamente interferido com a nossa observação das situações e dinâmicas presentes. Progressivamente com o decorrer do estágio e integração na equipa, fomos sentindo mais

confiantes o que proporcionou uma participação activa, contribuindo com fundamentos teórico e práticos para um melhor entendimento sobre o funcionamento mental da criança/adolescente.

Tabela 2. Síntese de Alguns Casos Vistos em Triagem

Nome	Género	Idade	Motivo do Pedido	Hipótese diagnóstica	Plano Terapêutico
A.A.	M	12	Sintomas de ansiedade, e dificuldades de separação com os pais	Ansiedade de Separação	Farmacoterapia e suporte psicológico
M.B.	M	12	Medos vários, absentismo escolar, bullying	Fobia escolar	Farmacoterapia e suporte psicológico
R.C.	M	11	Comportamentos Compulsivos	Perturbação obsessiva Compulsiva	Farmacoterapia e suporte psicológico
L.D.	M	7	Sintomas de ansiedade, e dificuldades de separação com os pais	Ansiedade de Separação	Farmacoterapia e suporte psicológico
D.E.	M	16	Baixo rendimento escolar e dificuldades na socialização	Défice Cognitivo	Avaliação e Acompanhamento Psicológico
A.F.	F	12	Dificuldades escolares	Défice Cognitivo	Avaliação Psicológica

3.3.4. Avaliação Psicológica

O contacto com testes de avaliação psicológica e a sua aplicação permite ao estagiário uma melhor compreensão dos testes, assim como o treino na cotação e interpretação de resultados.

Durante o estágio foram-nos atribuídos sete utentes para avaliação psicológica, na grande maioria para despiste de dificuldades de aprendizagem. A avaliação teve como base a aplicação dos testes disponíveis no SPIA.

A seleção dos testes utilizados em cada caso específico prendeu-se com a problemática apresentada, idade, cultura, linguagem, validade e aferição para a população portuguesa. Consideramos que tivemos algumas limitações em termos de escolha de testes para avaliação,

dado o serviço apresentar escassos recursos a este nível e não ser viável em termos logísticos utilizar os testes disponíveis na UAL

3.3.2. Intervenção Psicológica

O acompanhamento psicológico de utentes foi efetuado mediante o pedido das respetivas médicas pedopsiquiatras sob a orientação e supervisão da coorientadora de estágio.

Foram-nos atribuídos seis utentes para acompanhamento psicológico. As problemáticas apresentadas incidiram maioritariamente nas seguintes perturbações e dificuldades: perturbação depressiva, perturbação de ansiedade e dificuldades escolares.

Para os acompanhamentos foi-nos cedido um gabinete, o qual foi equipado com material lúdico /caixa lúdica) por nós adquirido que incluiu casa de bonecas, família de bonecos, bebé, roupas de bebé, uma fralda, biberão, estojo de médico, soldadinhos, animais domésticos e selvagens, lápis de cor, canetas de feltro, plasticina e folhas brancas para desenhar. Foi-nos também cedido pelo serviço jogos como damas, dominó, e puzzles.

Apesar de termos consciência que a mala de ludo não ficou completa e reconhecermos a sua importância, não nos foi possível, por motivos económicos a aquisição do restante material. Teria sido possível escolhendo este a baixo custo mas com menor qualidade. No nosso entender e segundo as recomendações de Axline relativamente à qualidade dos materiais utilizados optámos por ter menos mas com qualidade e durabilidade.

O gabinete de pequena dimensão, luz adequada, e em termos de temperatura ideal durante os meses de frio, mas quente nos meses de maior calor, respetivamente de Junho a Agosto. Para resolver este problema foi-nos cedida uma ventoinha, que em muito ajudou a eliminar este fator de desconforto.

A nossa intervenção teve como referencial teórico a abordagem rogeriana, nomeadamente a ludoterapia centrada na criança. Por outras palavras a nossa forma de estar com as crianças e adolescentes baseou-se nas condições facilitadoras e necessárias proposta por Carl Rogers em 1959 e nas diretrizes proposta por Virginia Aline.

Relativamente às atitudes facilitadoras o Rogers refere as seguintes:

Compreensão empática - O terapeuta reflete com precisão os sentimentos e significados pessoais da pessoa, na verdade este conceito é mais complexo do que transmitir simplesmente os sentimentos do outro. Rogers (1980) argumenta que ser empático é entrar no mundo de referência do outro, o que significa perceber os seus sentimentos e emoções de

forma correta, como sendo dele próprio, sem adicionar a sua própria experiência. O termo quadro de referência interna inclui percepções, ideias, significados, componentes emocionais e afetivas. (Brodley, 1996) Ser sensível ao mundo subjectivo do outro, movendo-se nele com cuidado, sem julgamentos ou imposições, participar na sua experiência temporariamente, pondo de lado os seus próprios ideais e valores, tem a finalidade de perceber a individualidade da pessoa. (Rogers, 1975)

Consideração positiva incondicional - envolve a aceitação do individuo na sua globalidade, sentimentos, comportamentos e valores, é um cuidar da pessoa de maneira incondicional. O terapeuta valoriza profundamente as experiências da pessoa, refletindo pleno respeito pelo outro, criando assim uma atmosfera de calor humano, passível de permitir que este se expresse livremente. (Wilkins, 2000)

Esta aceitação não depende de condições para que a experiência da pessoa seja acolhida pelo terapeuta. O terapeuta não sente no seu íntimo vontade ou desejo de alterar a maneira de ser da pessoa, com a convicção de que esta seria mais feliz se a pudéssemos modificar. (Rogers, 2004) À medida que a pessoa é aceita e valorizada ela desenvolve uma atitude mais cuidada em relação a si mesma. (Rogers, 1980)

Congruência - O conceito traduz-se num estado de plenitude interno, em que o terapeuta está a ser ele mesmo e totalmente presente na relação com o outro. (Witty, 2007) Os sentimentos e atitudes do terapeuta fluem naturalmente a cada instante. Rogers utiliza o termo transparente para explicar esta condição, ao ser transparente na relação o terapeuta permite que o cliente veja quem ele é. (Rogers, 1980) Esta atitude representa autenticidade e sinceridade na relação consigo mesmo e com o outro. Ser congruente imprime a aceitação da sua identidade, do seu eu, e da sua experiência. Esta aceitação do *self* permite abraçar a sua própria experiência e aceitar a dos outros.

Ao proporcionar um espaço seguro e reunidas estas condições o terapeuta abre o caminho para que a pessoa possa vivenciar e descobrir o seu mundo. (Corey, 2009). Mais do que “técnicas”, as três condições que o terapeuta proporciona para facilitar a mudança terapêutica são atitudes interiorizadas ao longo da sua formação e experiência, ou seja, têm de ser realmente sentidas em cada momento no “aqui e agora” temporal da relação. (Pires, 2015)

Axline (1969) incorporou os conceitos de Rogers no seu modelo de ludoterapia e introduziu oito princípios básicos, que continuam a ser os principais pressupostos teóricos da ludoterapia centrada na criança (Ann, 2003) que são na sua essência uma reformulação da abordagem não directiva de Carl Rogers. (Wilson & Virginia , 2005). Estas diretrizes

representam a base essencial e facilitadora para o processo de mudança e crescimento ocorra. (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

Estabelecimento de *Rapport* – O terapeuta deve desenvolver uma relação calorosa com a criança, em que o *rapport* seja estabelecido. (Axline, 1972) O *rapport* na relação terapeuta é um processo evolutivo que demora tempo para se estabelecer, e, varia de criança para criança. O *rapport* estabelece-se à medida que a confiança na relação se desenvolve-se. Para que tal aconteça é necessário que a criança se sinta aceita e segura na relação. (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

Aceitação da criança na sua plenitude – O terapeuta aceita a criança, sem qualquer desejo que esta seja diferente. (Axline, 1972) Esta aceitação no relacionamento terapêutico – Permite que a criança se sinta livre para explorar e expressar o seu eu. (Axline, 1972) Por outras palavras concede liberdade à criança para exprimir as suas emoções com a intensidade que ela as sente. (Naranjo Pereira, 2004) Esta forma de estar com o outro no relacionamento é demonstrada quando o terapeuta transmite aceitação plena e interesse genuíno pelas verbalizações e comportamentos da criança durante as sessões de ludoterapia. (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

Identificar e refletir os sentimentos – O terapeuta é sensível aos sentimentos da criança e reflete-os de uma forma que permite à criança desenvolver autocompreensão sobre o seu comportamento. (Axline, 1972) Um dos aspetos essenciais da Ludoterapia Centrada é o uso de respostas empáticas que reconhecem e transmitem os sentimentos vividos pela criança durante a sessão. (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

Respeito pela criança – Mantém uma postura de confiança plena nas capacidades da criança para agir de forma responsável e resolver os seus problemas e conflitos quando dada a oportunidade. (Axline, 1972) Este princípio denota que a mudança no comportamento só tem um significado real se partir da criança. (Naranjo Pereira, 2004)

A criança é livre de escolher o rumo – Possibilita que seja a criança para fazer as suas próprias escolhas sem influência do terapeuta. Na sala de ludo é a criança quem escolhe o tema das conversas, os brinquedos, e as brincadeiras.

O processo é evolutivo – O processo terapêutico é gradual e toma o seu curso natural sem interferência do terapeuta para que este seja mais rápido.

Limites estabelecidos – Os Limites servem para aproximar a terapia do mundo real e oferecem estabilidade na relação. Ao mesmo tempo permitem à criança mover-se livremente e com segurança. Estes devem ser bem definidos e reduzidos ao mínimo necessário. O

terapeuta deve informar a criança sobre estes de um modo que ela compreenda. (Axline, 1972)

Tentamos em todo o nosso percurso aperfeiçoar em nós estas atitudes que adotamos no nosso trabalho com os outros, e foi neste ambiente facilitador que tentamos proporcionar um espaço de crescimento para os mais pequenos. Os acompanhamentos por nós efetuados no decorrer do estágio estão descritos sinteticamente na seguinte tabela.

Tabela 3. Síntese dos acompanhamentos

Utente	Idade	Sexo	Queixa	Plano Terapêutico	Nº de sessões
B	9	F	Ansiedade, arranca cabelos, dificuldades escolares	Avaliação/ acompanhamento	12 Sessões
I	16	F	Absentismo escolar, baixa autoestima, humor	Acompanhamento	20 Sessões
P	9	M	Alterações de comportamento em contexto escolar e familiar	Acompanhamento	16 Sessões
M	16	F	Sintomatologia depressiva	Acompanhamento	18 Sessões
I	16	F	Sintomatologia depressiva	Avaliação/ acompanhamento	6 Sessões
J	14	M	Dificuldades de aprendizagem, comportamentos de oposição	Avaliação/ acompanhamento	24 Sessões

IV Apresentação de Casos Clínicos

4.1. Caso Clínico I

O caso clínico abaixo descrito tem como objetivo apresentar o processo terapêutico de uma criança acompanhada em consulta de psicologia clínica segundo a abordagem desenvolvida por Axline. Por razões éticas, não serão expostos dados que possam identificar a criança e seus cuidadores. O nome da utente foi atribuído ficticiamente de modo a salvaguardar a sua identidade.

4.1.1. Dados de Identificação

B. nascida a 15 de Junho de 2002, com nove anos de idade, portuguesa, do sexo feminino, a completar o terceiro ano do primeiro ciclo.

4.1.2. Motivo do Pedido

B foi referenciada ao SPIA pela consulta externa de Dermatologia onde estava a ser seguida por alopecia, apresentando falhas nas sobrancelhas e pestanas. Verificou-se que B arrancava os supercílios e pestanas compulsivamente. Na informação descrita no pedido são ainda referidas dificuldades ao nível da aprendizagem, particularmente na leitura e na escrita. Após a consulta de triagem B. foi encaminhada para a consulta de psicologia, para avaliação psicológica, com especial incidência nas funções cognitivas. Proposto eventual acompanhamento, ficando a sua instituição ao nosso critério após a avaliação.

4.1.3. Intervenção Psicológica

O processo da B. iniciou-se pela entrevista e observação clínica, com o objetivo de compreender a utente na sua totalidade e na sua individualidade mais subjetiva, em função da sua história de desenvolvimento pessoal, da sua situação atual e do seu funcionamento psíquico, quer através da forma como ela vive e sente, quer através dos dados da história clínica e anamnese recolhidos junto dos pais.

B. compareceu à primeira consulta acompanhada pela mãe. Trata-se de uma criança com desenvolvimento estado-ponderal adequado à sua faixa etária, apresenta-se limpa e cuidada. É uma criança que demonstra ter baixa auto estima o que é agravado pela falta de sobrancelhas e pestanas, que lhe dá uma aparência um pouco bizarra. Durante a consulta esteve calma e sorridente. Revelou inicialmente alguma reserva, mantendo-se colaborante, respondendo com facilidade a todas as perguntas formuladas com discurso coerente usando um vocabulário aquém do esperado para a sua idade e grau de escolaridade. Apenas quando questionada relativamente à escola, manifestou alguma hesitação na resposta.

4.1.4. História do Problema atual

Em Janeiro 2009 surge a primeira queixa de alopecia no couro cabeludo. Em Setembro de 2011 começaram a notar queda das sobrancelhas e pestanas. Os pais de B. atribuíram estas queixas a causa orgânica, desconhecendo ser a própria criança que o provocava.

Posteriormente no decorrer do acompanhamento em Dermatologia os pais tomam conhecimento desta realidade e são encaminhados para a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Avaliada em consulta de triagem no dia 27/02/2012 optou-se como intervenção terapêutica farmacoterapia, avaliação e acompanhamento psicológico.

Os pais desconhecem a existência de fator desencadeante. No entanto a mãe de B. refere agravamento da sintomatologia com acréscimo do comportamento compulsivo durante o período das avaliações escolares, ou outras situações geradoras de ansiedade.

4.1.5. Anamnese Infantil

B. é fruto de uma gravidez desejada e planeada, decorreu sem intercorrências. Nasceu de parto eutócico, 38 semanas, com 3,279 kg. Amamentada até aos 8 meses, altura em que a mãe deixou de ter leite, a diversificação alimentar decorreu sem problemas.

Mãe descreve que a filha era uma bebé muito sossegada, dormia e comia bem. No que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor refere que a criança terá feito todas as aquisições dentro dos parâmetros normais, apontando para certa precocidade como sentar aos cinco meses, informação esta que nos suscitou dúvidas, atendendo que na consulta de triagem a mãe de B. verbaliza que a filha tem pouca autonomia ao nível do vestir, calçar e tomar banho, requerendo ajuda da mãe para se vestir, com birras frequentes quando não gosta da roupa. Não dorme sozinha dizendo que tem medo do escuro.

Esteve aos cuidados dos avós paternos durante o dia enquanto os pais estavam a trabalhar até à entrada na escolaridade que iniciou aos seis anos. A mãe refere boa adaptação, fez amigos com facilidade. Desde a entrada no primeiro ano do ensino básico que existem queixas ao nível da aprendizagem. Apresenta dificuldades em particular na língua portuguesa, não tendo feito as aquisições necessárias no segundo ano, motivo pelo qual ficou retida. A mãe atribui a falta de aproveitamento aos métodos educativos pouco éticos adotados pela professora. Segundo a mãe esta teria sido afastada após várias queixas dos encarregados de educação por alegadamente maltratar as crianças “atava os meninos às cadeiras quando estes não faziam o que lhes era pedido”. A mãe de B. só teve conhecimento do que se passava na escola no final do segundo ano letivo durante uma reunião em que outros encarregados de educação levantaram inúmeras queixas. Quando questionou a filha esta informou-a que os meninos eram castigados desta forma, mas que isso nunca lhe tinha acontecido. Nota que a filha fica sempre mais ansiosa durante o período escolar, e segundo ela os comportamentos compulsivos pioram significativamente nestas alturas com tendência a melhorar durante as

férias, acrescentando que a filha “demonstra grande ansiedade antes dos testes”. O Pai pressiona para que B. tire boas notas e passe de ano. Na realização dos trabalhos de casa requer ajuda de um adulto, o que inicialmente era feito pela mãe, tendo a família decidido arranjar uma explicadora.

De acordo com a avaliação escolar referente ao segundo ano a B. é uma aluna pouco autónoma, com dificuldade na compreensão, aquisição e aplicação de conhecimentos. Ao nível do comportamento dentro da sala de aula a sua postura é adequada.

A Mãe refere dificuldades na relação com os colegas quando estes não brincam como ela pretende. Nos tempos livres gosta de andar de bicicleta, jogar *wii*, brincar com os amigos e ir à piscina.

4.1.6. Antecedentes médicos

Da sua história médica destacam-se, infeções urinárias de repetição aos quatro, sete e doze meses que motivaram o seu internamento, tendo sido diagnosticado refluxo génito-urinário. Durante os internamentos teve a companhia da mãe.

Em Julho de 2009 foi diagnosticada hipertrofia das adenoides, tendo sido submetida a uma adenoidectomia sem amigdalectomia em Outubro do mesmo ano. Segundo a mãe de B. a criança reagiu muito bem à cirurgia, manifestando algum medo antes da intervenção “o que é normal”.

B. começou a ser seguida em consulta de desenvolvimento do HDS em Novembro 2010 devido a dificuldades de aprendizagem, atenção e concentração. A criança é também acompanhada na terapia da fala por apresentar dificuldades na articulação das palavras. Apesar de não ter sido verbalizado observou-se nas entrevistas que o pai da criança também apresenta dificuldade na articulação das palavras.

4.1.7. Anamnese Familiar

B. é a primeira de dois filhos de J. 40 anos Carpinteiro, nono ano (novas oportunidades), saudável, com dificuldades ao nível da fala e F. 40 anos, Desempregada, sexto ano. Irmã, L. de cinco anos a frequentar a Pré-escola. Mãe com depressão diagnosticada há aproximadamente dez anos, após o término de um relacionamento anterior ao seu casamento com o pai de B.. Casados há dez anos dizem ter um bom relacionamento. Família

de estrato social médio baixo, habitam em casa própria. Os avós paternos vivem relativamente perto e têm um papel importante na educação de B. ficando esta muitas vezes com os avós, principalmente quando os pais estão a trabalhar. A mãe refere que o feitio da B. é muito parecido com o do pai, mas estabelece uma relação de maior proximidade e dependência dela própria. “Tem mais respeito ao pai, do que à mãe”. Com a irmã está constantemente em conflito, “mas não passam uma sem a outra”. Dizem ter “muitos ciúmes da irmã” o que ilustram relatando um episódio em que agarrou na irmã ao colo dirigiu-se ao poço dizendo que ia atirar a irmã, tendo sido detida pela avó. Quando a irmã não quer brincar fica aborrecida reagindo por vezes de forma agressiva. A mãe descreve a sua filha mais nova como uma criança inteligente e autónoma. Durante a consulta a mãe demonstra preocupação com os comportamentos da filha assim como com o seu rendimento escolar, acrescentando que na sua opinião tem dificuldades ao nível da atenção.

4.1.8. Avaliação Psicológica

No seguimento da recolha de informação junto de B. e seus pais procedeu-se à aplicação de testes que possibilitassem identificar possíveis causas para as queixas apresentadas.

A avaliação psicológica teve como objetivo dar resposta ao pedido da médica pedopsiquiatra no sentido de obter uma melhor compreensão das áreas cognitivas e afetivas que pudessem justificar a sintomatologia apresentada e dificuldades manifestadas ao nível da aprendizagem. O pedido da mãe foi que se focasse primordialmente nas dificuldades escolares. Para nós a avaliação da criança centrava-se essencialmente no seu comportamento compulsivo e o que representaria em termos de sofrimento psíquico.

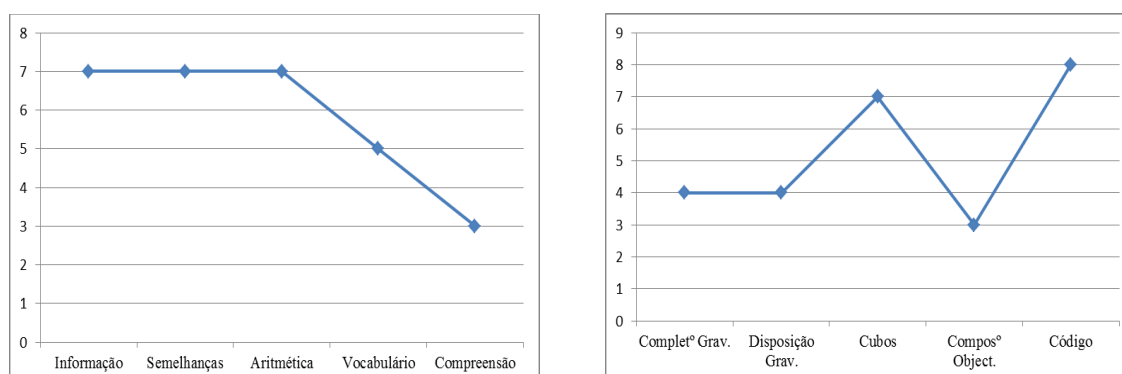
Tendo em consideração os objetivos da avaliação foram utilizados os seguintes testes: WISC III - Escala de Inteligência para crianças (versão III- aferida para a população portuguesa), Matrizes Coloridas de Raven, e Teste Projetivo de HTP (Desenho da casa, árvore e pessoa). A utilização da WISC III e das Matrizes Coloridas de Raven prendeu-se com o pedido de avaliar o domínio cognitivo. Já com teste projetivo de HTP e o Desenho da família procurou-se entender o seu estado emocional, características do seu temperamento e dinâmicas familiares.

Foram efetuadas cinco sessões de aplicação de testes psicológicos. Na sexta sessão procedeu-se à discussão e entrega dos resultados da avaliação psicológica aos pais, em consulta conjunta com a médica pedopsiquiatra.

4.1.9. Síntese de resultados

A B. apresenta um Perfil Cognitivo Homogéneo, com um nível de funcionamento intelectual muito inferior ao que seria esperado para uma jovem da sua idade, sendo que o seu QI de escala completa se situa ao nível da denominada zona de debilidade mental ligeira, com conseqüentes limitações ao nível da aprendizagem académica. O QI Verbal e o QI Realização situam-se num nível muito abaixo dos valores padronizados para a sua idade. A homogeneidade encontrada entre provas, revela que o QI de escala completa é um bom indicador das suas competências cognitivas.

Figura 2 Resultados das Subescalas da WISC III



Em relação aos resultados obtidos em cada uma das subescalas verbais e de realização, B. revelou um desempenho homogéneo, o que indica que não existem áreas significativamente fortes ou fracas, mas sim que o seu desempenho foi um pouco inferior em algumas provas.

No teste das Matrizes Coloridas de Raven a B. alcançou um total de 25 acertos, esta pontuação é equivalente à classificação IV, ou seja, a sua capacidade intelectual situa-se a um nível inferior ao que seria esperado para a sua idade cronológica.

No teste do desenho da família, B. desenhou a sua própria família. Elabora o desenho do centro para as pontas, fazendo primeiro quatro círculos que representam as cabeças, depois desenhou os próprios olhos, mãe, pai e por último a irmã. Em seguida desenhou o corpo na

seguinte ordem: B, pai, mãe, irmã. O tamanho dos elementos que compõem o desenho é de pequena dimensão indicando inibição e timidez. Na sua representação a mãe e o pai estão praticamente à mesma distância com proximidade da figura que representa a B (estando ela no meio dos dois), o que sugere igualdade na proximidade afetiva com os pais e maior distanciamento com a irmã.

Relativamente aos resultados do teste projetivo de HTP apuram-se tensão no ambiente familiar, ansiedade, conflito, e vulnerabilidade. No entanto é de salientar dependência e imaturidade como um dos aspetos mais revelantes em todos os desenhos. (Buck, 2003)

4.1.10 Síntese do Acompanhamento

Após observação e avaliação psicológica consideramos que a sintomatologia apresentada era representativa de grande sofrimento emocional e que a criança beneficiaria de acompanhamento psicológico, tendo sido a abordagem utilizada a ludoterapia.

Foram efetuadas cinco sessões de aplicação de testes psicológicos. Na sexta sessão procedeu-se à discussão e entrega dos resultados da avaliação psicológica aos pais, em consulta conjunta com a médica pedopsiquiatra.

Os pais foram informados por ambas as técnicas que as dificuldades de aprendizagem apresentadas pela filha, a sua imaturidade e dependência da figura materna, o atraso na linguagem, a dificuldade de relacionamento com os pares e em utilizar mecanismos de defesa mais adequados e saudáveis perante situações ansiogénicas, se prendiam com dificuldades intelectuais, apontando também os resultados da avaliação psicológica nesse sentido.

Os pais recusaram contacto direto com a professora mas pediram um relatório escrito para entregar na escola. Foi elaborada informação clínica por escrito, com diagnóstico sugerindo apoios que a docente considerasse adequados às dificuldades de B. o que foi aceite pelos pais assim como a divulgação do diagnóstico.

Foram dadas algumas estratégias aos pais no sentido de promoverem a autonomia e desenvolvimento de B.

Proposto acompanhamento psicológico foi estabelecido o contrato terapêutico que englobou confidencialidade, expectativas, abordagem de intervenção, duração das sessões e frequência. Relativamente à confidencialidade a mãe foi informada que os temas das sessões com B. não seriam discutidos com os pais. As sessões mantiveram a periodicidade previamente estabelecida, com a duração de cinquenta minutos. Cada encontro teve lugar no

gabinete facultado pelo serviço, previamente equipado com material de ludo como referido anteriormente.

Na sétima sessão B. manifestou um comportamento algo inibido revelando não estar ainda estabelecida relação terapêutica. Ao entrar na sala pediu para brincar e olhou para os brinquedos e materiais lúdicos disponíveis na sala. Escolheu brincar com a plasticina. Utilizou este material para fazer uma boneca. Durante o tempo que esteve a fazer a boneca houve momentos de silêncio que foram respeitados. As suas verbalizações refletiam as dificuldades de relação com os pares, verbalizando o medo sentido após ter sido agredida por outras crianças que frequentavam a mesma escola, foi patente a sua insegurança e necessidade de aceitação. No final da sessão manifesta vontade de ficar mais tempo.

Oitava sessão coincide com o aniversário da irmã a quem quer oferecer um desenho feito no espaço terapêutico. Quando entra na sala vai direta à mesa onde estão os materiais para desenhar, pega numa folha branca e no estojo das canetas e lápis e diz que quer fazer um desenho para oferecer à irmã. Enquanto faz o desenho fica em silêncio. Começa por fazer o desenho em lápis de carvão, desenha duas meninas flores, corações. Depois de fazer o desenho pega nas canetas de cor e pinta as meninas as flores e os corações. Mantém insegurança, sentimentos de desvalorização e ciúme fraterno.

Na nona sessão vem triste e inquieta dizendo “a mãe ralhou comigo”, expressa agressividade e desagrado perante a figura materna. Verbaliza “não gosto das calças são muito apertadas fazem doer”, pela primeira vez desde o início das consultas B. traz umas calças de ganga vestidas. A sua mãe já tinha referido que a criança faz muitas birras pela manhã, quando lhe veste as peças de roupa que ela não gosta. Na grande parte das vezes apresenta-se com *leggings* ou calças de fato treino, com uma camisola de malha ou uma *sweet shirt* a condizer. Dirige-se para a casa de bonecas e começa por arrumar os móveis da casa em silêncio, casa de banho, depois dos quartos, sala de estar e por fim a cozinha. No fim de arrumar tudo pega na família de bonecas e diz “o pai vai trabalhar” a “irmã vai para o castigo” “e a menina vai ajudar a mãe a fazer o almoço”, enquanto fala vai colocando os bonecos de acordo com as suas verbalizações. O Boneco que representa o pai coloca distante da casa, as bonecas que B. identifica como mãe e filha na cozinha e o bebé no quarto. Na sua brincadeira revela o desejo de ter a mãe só para si, colocando a irmã de castigo.

Na décima sessão faltou, mãe pede nova marcação passado uma semana justificando-se que fez confusão com as datas das consultas.

Décima primeira sessão verbaliza facilmente, expressando grande sofrimento com as suas dificuldades de aprendizagem, o receio de ficar retida de novo e o desagrado e exigência

do pai face aos resultados escolares. Pega numa folha de papel e nas canetas de cor e desenha duas meninas. Durante o tempo que esteve a desenhar B. esteve em silêncio e esse momento foi respeitado por nós. Quando acabou o desenho disse “olha esta és tu e esta sou eu”. O desenho da figura que representa o psicólogo surge muito investido, desenhado com cuidado procurando reproduzir a nossa pessoa. Pensamos estar nesta fase a relação terapêutica estabelecida.

Décima segunda sessão surge sorridente, satisfeita. Escolhe um boneco que representa um bebé do qual cuida com afeto. Veste-o, alimenta-o e muda-lhe a fralda.

Revela maior autonomia referindo ter melhorado a relação com os pares e já conseguir escolher a sua roupa desde que se vista sozinha. Acrescenta que a mãe anda mais contente com ela “já não ralha tanto”.

Parece-nos haver evolução positiva no comportamento compulsivo estando as sobrancelhas praticamente inteiras. Nota-se que já tem pestanas, o que é confirmado pela mãe quando levamos B à sala de espera. Esta está muito satisfeita com a evolução da filha. Nota diferenças no seu comportamento em casa, referindo estar mais calma, com menos birras, já se veste sozinha há alguns dias. Deixou de arrancar as sobrancelhas.

4.1.11. Discussão e Análise Clínica

Na avaliação o resultado obtido na WISC III confirma o das matrizes progressivas relativamente ao funcionamento cognitivo apresentado pela jovem. A análise global das provas permite concluir que a B. apresenta um perfil de competências cognitivas com características compatíveis com um nível muito inferior ao que seria esperado para a sua faixa etária. Os resultados revelam um prejuízo cognitivo e défice adaptativo que justifica as dificuldades sentidas em contexto escolar e familiar. Do ponto de vista projetivo, revelou ansiedade, imaturidade e tensão.

O acompanhamento psicológico focou-se essencialmente em proporcionar um espaço seguro que promovesse o crescimento da criança e a sua autocura, confiando nas suas capacidades para lidar com os problemas ao nível da esfera emocional.

Segundo a abordagem não diretiva o diagnóstico é considerado um rótulo que coloca ênfase na doença e não na pessoa. No entanto o trabalho clínico do psicólogo principalmente num contexto hospitalar requer o uso e a elaboração de diagnóstico. Verificou-se que a causa

das dificuldades sentidas em contexto escolar e familiar são resultantes das características do diagnóstico de Debilidade Mental Ligeira.

Quando nos deparamos com uma criança que apresenta dificuldades na aquisição de aprendizagem “ajudar a desenvolver a capacidade de aprendizagem, é ajudar a adquirir de novo a confiança em si próprio”. (Brites, 2002) Cada pessoa tem o seu ritmo de aprendizagem e crescimento, é provável que algumas precisem de mais tempo para alcançar o seu potencial.

Perante estas dificuldades os pais mantêm uma postura de exigência a nível académico, para que a criança atinja melhores resultados. Em casa demonstram dificuldade em perceber os seus comportamentos, as birras, pouca autonomia, dependência da mãe e fazem comparações constantes com a irmã. A mãe faz referência em diferentes ocasiões que a irmã mais nova já é autónoma no vestir, calçar, lavar os dentes, faz birras e amua com menos frequência. A não-aceitação de B. e constantes comparações com a irmã “devias ser como a tua irmã”, “ela é mais pequena veste-se sozinha”, representam um bloqueio à sua auto-realização. Segundo Axline (1972) a plena aceitação da criança é vital para o movimento saudável de auto-realização. Assim o acompanhamento pautado por um olhar incondicional ajuda a pessoa a voltar a encontrar o equilíbrio. (Bozarth, 2001)

Da sua história escolar, emergem acontecimentos causadores de ansiedade. Ao contrário do que seria de esperar de um ambiente facilitador de aprendizagem dentro da sala de aula, a B. experienciou um ambiente causador de tensões e insegurança, provocados por uma professora que usava métodos pouco éticos e de extrema rigidez com as crianças.

Rogers enfatiza a importância da relação professor aluno, assim como dos aspetos da relação necessários para criar um ambiente facilitador de aprendizagens significativas. Destes aspetos da relação o autor sublinha a autenticidade do professor, aceitação e compreensão. (Rogers, 1961) Neste caso específico assinalamos que os aspectos importantes na relação professor aluno para promover as aprendizagens da criança não estiveram presentes no primeiro e segundo ano do primeiro ciclo.

Considera-se que os comportamentos de arrancar as pestanas e sobrancelhas eram para a B. uma forma de expressar o seu sofrimento e procura de alívio para o mesmo, quando confrontada com as exigências do meio, nomeadamente as que se prendiam com a escola.

De salientar que as preocupações dos pais se centravam principalmente nos resultados escolares e autonomia, desvalorizando de certa forma a tricotilomania.

Ao longo das sessões documentadas a criança evoluiu de forma positiva tanto a nível do seu comportamento compulsivo, como ao nível da sua autonomia. A última informação

escolar indicava melhoria no seu relacionamento interpessoal dentro e fora da sala da aula. Na última sessão efetuada com a criança, já não se verificavam falhas nas sobrancelhas. À medida que se foi estabelecendo a relação terapêutica tornou-se perceptível a sua confiança para verbalizar sobre os seus problemas e situações do quotidiano. As atitudes de empatia, e consideração incondicional positiva demonstraram ser potencializadoras para que B. expressasse os seus sentimentos e adotasse comportamentos mais saudáveis e aceites pelo meio sócio familiar.

Em nossa opinião a aceitação dos pais das dificuldades da filha, diminuindo a pressão exercida sobre o seu comportamento e principalmente a nível escolar potenciaram de forma positiva a nossa intervenção.

A experiência na prática clínica nesta faixa etária foi enriquecedora. Apesar da nossa experiência profissional prévia, esta teve lugar com doentes adultos pelo que sentimos inicialmente alguma insegurança sobre a nossa capacidade de ser empática com a criança. Com o decorrer da Ludoterapia, quer as melhorias relatadas pelos pais, quer as diretamente observáveis na criança, aliadas ao bem-estar revelado por B no espaço terapêutico, permitiram-nos encarar as restantes sessões com maior confiança. O conhecimento teórico em muito ajudou para este processo, assim como as orientações recebidas nas sessões de supervisão e seminários de estágio.

As sessões não estão relatadas na íntegra. Pretende-se essencialmente salientar a nossa atitude de escuta, disponibilidade e empatia. Permitimos que a criança verbalizasse o que queria, ao seu ritmo, respeitando os seus silêncios.

4.2. Caso Clínico II

O caso clínico em seguida apresentado corresponde à análise do encontro terapêutico com uma criança de nove anos, sobre o enfoque da ludoterapia centrada na criança. Os objetivos terapêuticos prenderam-se em proporcionar um espaço onde a criança se sentisse segura e aceite para ser ela mesma, de forma a ajuda-la a crescer de maneira saudável.

4.2.1. Dados de Identificação

P, sexo masculino, nove anos, nacionalidade Portuguesa, estudante, a frequentar o quarto ano do ensino básico.

4.2.2. Motivo do Pedido

Referenciado ao SPIA pelo médico de família, por queixas de agressividade dirigida ao irmão mais novo, diminuição do rendimento escolar, desinteresse e tristeza. Durante a consulta de triagem foram ainda referidas pela companheira do pai queixas de comportamento em contexto familiar, nomeadamente oposição, mentiras e agressividade verbal com a mesma.

4.2.3. História do Problema atual

Segundo a informação recolhida junto da companheira do pai, P. começou a apresentar alterações de comportamento há aproximadamente um ano com agravamento de sintomatologia desde as férias de verão. Atribui como fator desencadeante a criança ter passado um período das férias com a mãe, com a qual já não estava há algum tempo, acrescentando que o fato desta ter uma filha pequena o terá perturbado. Descreve-o até essa altura como sendo uma criança calma, simpática e meiga com bom relacionamento.

4.2.4. Anamnese Infantil

A gravidez de P. foi planeada e decorreu sem intercorrências, nasceu de parto eutócico às 39 semanas. Segundo o pai era um bebé muito calmo, dormia e comia bem. Amamentado até aos quatro meses, o pai desconhece se existiram dificuldades na introdução alimentar. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor diz ter decorrido dentro dos parâmetros normais.

Ficou com a mãe até cerca dos nove meses (altura em que a mãe abandonou a casa), ficando entregue aos cuidados da avó paterna, onde ainda reside. Passa os fins de semana na casa do pai e da companheira do pai.

Entrou para o infantário com três anos, com boa adaptação. Não suscitando preocupações por parte da educadora. Entrou para o ensino básico com seis anos, boa adaptação, sem queixas. Completou o primeiro, segundo e terceiro ano com bom aproveitamento escolar.

P. frequenta o quarto ano do ensino básico. Na sua avaliação do primeiro período do ano letivo, obteve resultados satisfatórios em todas as disciplinas. Relativamente ao seu comportamento a Professora menciona alguns comportamentos de oposição em contexto de

sala de aula. Segundo a companheira do pai desceu as notas das primeiras avaliações do segundo período comparativamente aos resultados obtidos nos testes do primeiro período. De acordo com a descrição do pai, P. é uma criança meiga, inteligente, sociável e rebelde. O pai diz que se relaciona facilmente com outras crianças e na escola tem muitos amigos. P. refere que os seus melhores amigos são os primos T, de nove anos e R, onze anos de idade. Nos seus tempos livres gosta de brincar, jogar à bola. Autónimo no vestir, calçar, sempre dormiu sozinho, faz o pequeno-almoço dele, toma banho sozinho mas têm que o obrigar.

4.2.5. Antecedentes médicos

Irrelevantes. Referidas apenas as doenças características da infância.

4.2.6. Anamnese Familiar

Família de estrato socioeconómico médio. P. é filho único de R, 35 anos, camionista, 12º ano e I, 28 anos, cabeleireira, sétimo ano. Os pais separaram-se pouco tempo depois do seu nascimento. Segundo o pai da criança, I. abandonou a casa quando o filho tinha apenas nove meses. Apesar da separação P. continuou a manter contato com a mãe e com a família materna, até 2010 data em que a mãe emigrou para o estrangeiro passando a contactar com o filho esporadicamente e via internet.

A mãe vive com um companheiro desde há aproximadamente dois anos, com o qual tem uma filha de um ano. P. tem uma grande admiração pela mãe.

O pai tem um novo relacionamento há quatro anos com M, 29 anos, desempregada com a qual tem um filho de três anos. Alegam ter um bom relacionamento que segundo a companheira do pai tem piorado mais nos últimos meses “por causa do P.”. Ambos demonstram ter estilos parentais diferentes não havendo concordância entre o casal. O pai é descrito como mais permissivo, a própria descreve-se mais rígida e exigente na educação das crianças, não só com P. mas também com o próprio filho. Na entrevista diz que com o irmão P. estabelece uma boa relação referindo apenas as brigas normais entre irmãos. Adota uma atitude de proteção para com o irmão mas manifesta alguns ciúmes. Com o pai estabelece uma relação de grande proximidade. Com a própria inicialmente existia muito boa relação, no entanto esta nota que desde as férias do verão a relação se deteriorou. Acha-o revoltado, tornou-se mentiroso e desobediente perante as suas ordens recusando-se a fazer as tarefas

alegando que não é a sua mãe. “No fim-de-semana passado disse ao pai que eu o tinha empurrado”. “Não percebo porque ele só faz estas coisas quando o pai está presente”, “Quando está só comigo é outra criança, não faz estas coisas”.

M. demonstra estar bastante triste e chorosa. Relata que a dificuldade de se relacionar com P. está a interferir no relacionamento que tem com o seu companheiro.

O pai considera que o filho é uma criança feliz, desvalorizando as queixas apresentadas e nega que este necessite de acompanhamento psicológico pois na sua opinião o problema está na forma como a companheira do pai lida com o filho, descrevendo-a como rígida e um pouco fria. Diz que a companheira considera P. uma criança triste pela ausência da mãe afirmação com a qual não concorda alegando que “ele nunca soube o que era ter mãe”.

A mãe é descrita pelo pai como uma mulher bonita, extrovertida, alegre, ausente mas afetuosa com o filho. Após a separação apesar de algumas discussões iniciais mantiveram sempre uma boa comunicação e de um modo geral concordam no que diz respeito à educação do filho.

Com os avós P. estabelece uma relação de grande proximidade. Avó faz as vontades todas ao neto, já o avô é mais exigente. Avó é descrita muito afetuosa.

4.2.7 Síntese do Acompanhamento

Na primeira sessão procedemos à entrevista clínica com P. À qual compareceu acompanhado apenas pela companheira do pai uma vez que este estava ausente por motivos laborais. Foi-nos demonstrada disponibilidade para comparecer noutra data.

Na observação P. é uma criança de estatura baixa para a sua idade, vestido de acordo com a estação do ano e faixa etária, aspeto limpo e cuidado, revelando investimento familiar na sua apresentação. Revelou uma postura adequada mantendo-se sossegado, permanecendo em silêncio, respondendo apenas quando questionado. Discurso coerente com vocabulário adequado à idade e grau de escolaridade. Não expressou desagrado ou agressividade perante as queixas da madrastra, revelando uma contenção que nos fez pensar estar perante uma criança com medo de se exprimir.

A companheira do pai é uma mulher jovem com idade aparente superior à real, aspeto limpo mas pouco cuidado revelando pouco investimento nela própria. Revela pouca afetividade em relação a P..

A segunda sessão correspondeu à entrevista clínica com P. e seu pai. O Pai é um homem jovem, aspeto limpo e cuidado na forma como se apresenta. Surge como uma pessoa afável, revela sentimentos de culpabilidade por passar a semana longe do filho e explica que por este motivo acaba por adotar uma atitude mais permissiva. Desvaloriza as queixas apresentadas pela companheira acusando-a de ser rígida e pouco afetuada.

Na presença do pai P. apresenta-se mais alegre, menos contido nas suas respostas, P. conta que a companheira do pai ralha com ele quando ele não vai lavar os dentes ou tomar banho na altura em que ela manda. Diz não fazer quando o mandam porque as “vezes não me apetece, porque quero ir brincar”. No final da entrevista foi estabelecido o contrato terapêutico, que incluiu uma breve explicação sobre a abordagem de intervenção, duração e frequência das sessões. Ficaram acordadas sessões semanais.

Na terceira sessão P. entrou na sala sentou-se com um ar cabisbaixo e ficou em silêncio durante um longo período de tempo, com o olhar fixado no chão. O seu silêncio foi acolhido com o mais profundo respeito. Levanta-se bruscamente e diz “isto é uma seca” “quero-me ir embora, só estou aqui por causa da minha madrasta”, “não preciso vir ao psicólogo”. Desta forma P. manifesta os seus sentimentos de zanga e revolta por ter sido obrigado a vir à consulta. Tomamos uma atitude de plena aceitação para com P. transmitindo por palavras a nossa compreensão dos seus sentimentos e a sua experiência naquele momento. Antes de sair da sala P. diz que se voltar uma próxima vez vai brincar. Quando o fomos levar à sala de espera a companheira do pai diz que o seu comportamento está pior, nota que P. está cada vez mais “desobediente”.

Na quarta sessão vem para a sala sem mostrar contrariedade, assim que entra dirige-se aos brinquedos. Explora todos os brinquedos e escolhe brincar com os soldadinhos. Organiza o que chama “campo de batalha” com os soldados de cores verdes e cremes. Pega na chaimite e atira-a com toda a força em direção aos soldados, enquanto isso vai fazendo o barulho de explosivos. Em seguida pega num soldado e vai deitando todos os soldados que restavam em pé ao chão fazendo o barulho de uma metralhadora. Depois de os bonecos já estarem todos no chão, volta a coloca-los em pé e retoma a brincadeira.

Na quinta sessão P. escolhe novamente brincar com aviões e soldadinhos. Coloca os soldados em cima da mesa, verdes de um lado cremes do outro. No fim de organizar os soldados começa a guerra diz em voz alta “fogo”. Enquanto brinca com os soldados vai fazendo sons de metralhadora e pistolas ao mesmo tempo que vai deitando soldadinhos cremes ao chão. Acaba a guerra com todos os soldados cremes no chão e diz com um sorriso

na cara “ganhei a guerra”. Enquanto brinca está calmo, e tranquilo revelando prazer na brincadeira.

Sexta sessão P. escolheu a casa de bonecas e a família como brinquedo. Dirigiu-se à casa de bonecas e mudou a disposição dos móveis de madeira que estavam colocados dentro da casa. Colocou os bonecos que representam a mãe e a avó na cozinha, o pai, o avô, e o irmão na sala a ver televisão e o menino no jardim a brincar com a irmã e o cão. No fim de colocar os bonecos em cima da mesa nos locais que ele escolheu P. decidiu que não queria brincar mais e que gostava que os bonecos ficassem naquele sítio. No fim expressa tristeza por os pais estarem separados, sente-se diferente das outras crianças por os seus pais serem divorciados, “gostava de ser como os outros meninos que vivem com os pais”. Demonstra um grande desejo que estes voltem a ser um casal. Atribui culpa à companheira do pai por os pais estarem separados, chama-lhe “bruxa má”, diz que esta não gosta dele e que está constantemente a referir que ele não faz nada bem.

Sétima sessão P escolheu fazer um desenho. Enquanto desenha fala sobre os seus relacionamentos familiares. Relata com um ar triste que a mãe tem fotos no *facebook* com a irmã mas não tem nenhuma com ele, “não sei porque a mãe não tem nenhuma comigo”. Culpa-se pela atitude da mãe, com lágrimas nos olhos diz “eu sei que sou burro e feio” “por isso é que a minha mãe não tem fotos comigo”. Manifesta sentimentos de tristeza e rejeição, questiona porque é que a mãe não o leva para viver com ela. Sente-se sozinho, a mãe está longe, o pai está sempre a trabalhar, a sua relação com a companheira do pai torna-se cada vez mais conflituosa. Refere que a companheira do pai está constantemente a “falar mal da minha mãe”, “grita muito comigo quando o pai não está presente”, “obriga-me a dar as minhas coisas ao irmão” porque este faz birra, “se eu escolher um iogurte de morango o meu irmão quer e depois eu tenho que lhe dar o meu”.

Oitava sessão, assim que entra na sala diz que a mãe está quase a chegar “só faltam dois dias”. Escolhe fazer um trabalho em plasticina e papel para dar à mãe. Pega no material e enquanto o manipula descreve sorridente que vai receber um telemóvel. Verbaliza que a mãe o vem buscar assim que chegar e que ele vai passar o tempo todo com ela. Com um ar satisfeito diz que terminou a sua tarefa. Fez uma flor com plasticina e colou-a no papel, em volta desenhou corações. Por fim diz que gosta muito da mãe e que tem muitas saudades suas.

Nona sessão faltou sem avisar previamente.

Décima sessão voltou novamente a faltar.

Décima primeira sessão escolhe brincar com a família, casa e carro. Fala sobre as férias com a mãe, a irmã e o padrasto. Foi passear à praia, foi a Lisboa. Com um sorriso na

cara conta que a mãe já colocou uma foto com ele no *facebook*. Traz consigo o telemóvel para nos mostrar a foto “queres ver?”.

Na décima segunda sessão vem com ar de contentamento. Assim que entra na sala diz “eu sou mesmo inteligente” “sabes eu tive muito bom no teste de matemática”, como resultado das boas notas a companheira do pai comprou-lhe um lego. Conta que foram brincar para o parque com o irmão. Escolhe jogar ao dominó, enquanto joga diz com um sorriso na cara que vai ganhar “foi o meu pai quem me ensinou”. No final da sessão a companheira do pai refere que o comportamento de P. estava melhor tanto em casa como na escola.

Na décima terceira sessão escolhe de novo o dominó. Conta que a mãe lhe prometeu se ele tivesse boas notas ia passar as férias de verão com ela a Inglaterra. Fala pela primeira vez sobre os seus colegas na escola. Conta que tem uma namorada.

Décima quarta sessão P. vem a cantar pelo corredor até chegar à sala. Assim que entra diz “hoje tenho que ir embora mais cedo porque tenho um treino”, adianta que não pode vir mais porque vai começar no futebol e os treinos são sempre nas horas da consulta. Segundo a criança a companheira do pai arranhou trabalho e não tem disponibilidade para o trazer às consultas. Vai direito à caixa de ludo e tira o jogo de damas dizendo “hoje vamos jogar às damas e olha que eu sou muito bom jogador”. Enquanto jogava P. ia falando sobre as suas brincadeiras na escola com os colegas, e sobre os seus jogos favoritos de computador. Contou que passou a semana na casa do pai com a companheira do pai e com o irmão. Estava contente por ter passado mais tempo com o irmão. Refere com orgulho que durante essa semana fez sempre os trabalhos de casa sem que tivessem que o mandar. No fim da sessão a companheira do pai pede para falar, explica que só pode trazer P. às consultas até ao final do mês. Contudo diz que este está bem e que considera que ele já não precisa continuar a ser acompanhado.

Décima quinta sessão “agora vamos jogar ao galo, se tu não souberes eu ensino-te” pega numa folha de papel e começa a desenhar os quadrados para o jogo do galo, entretanto vai relatando que marcou dois golos nos treinos de futebol e que em breve vai participar num campeonato. Conta que ficaram sem a bola na escola porque um colega a atirou para fora da escola e eles ficaram de castigo sem poder jogar uma semana. Diz que a professora elogiou o seu bom comportamento, e por esse motivo foi escolhido para ser delegado durante a semana. Quase no final da sessão escolhe fazer um desenho. Quando terminado diz este é para ti.

Décima sexta faltou sem avisar e não voltou a pedir nova marcação.

4.2.8 Discussão e Análise Clínica

No início do acompanhamento P. veio contrariado, sentia-se zangado, e não considerava que precisasse de ajuda. A decisão de o trazer tinha sido da sua madrasta, e a criança não tinha sido envolvida no processo de decisão. Apesar desta recusa inicial P. estabeleceu facilmente vínculo terapêutico.

Este aspeto acontece frequentemente no trabalho com crianças e adolescentes, já que, como refere Rogers (2004) a criança vem porque é um motivo de preocupação para com os cuidadores, e por este motivo não tem uma vontade intrínseca de autoexploração.

Durante as primeiras sessões P, manifestou-se menos comunicativo, brincava a maior parte do tempo em silêncio, mostrava alguma agressividade nas suas brincadeiras e na forma como manuseava os brinquedos. Fomos refletindo alguns dos seus comportamentos e emoções. A partir da sexta sessão começa a falar sobre os seus problemas e sentimentos. Da oitava sessão até ao último encontro fala com contentamento sobre as suas vivências. A partir da décima segunda sessão a companheira do pai de P. começa a relatar melhoria nos seus comportamentos tanto em casa como na escola. Em casa mais obediente, mais autónomo e responsável. Na escola deixaram de existir queixas de comportamento e os seus resultados escolares subiram de suficientes para muito bom em todas as disciplinas. A companheira do pai acrescenta que a criança já consegue responder às suas exigências de forma mais adequada e sem agressividade nas respostas dadas.

Os temas centrais trazidos por P. envolveram as relações familiares, P. demonstra tristeza por estar longe da mãe, zanga para com a companheira do pai e um grande afeto pelo pai. P. é aceite pelo pai mas rejeitado pela companheira deste, que demonstra dificuldade em lidar com os comportamentos da criança. A mãe tem um papel ausente nos cuidados e educação da criança.

De acordo com Rogers a qualidade dos relacionamentos são primordiais para um crescimento saudável. As relações interpessoais adotam assim um papel fundamental para o desenvolvimento da personalidade. (Hipólito, 2011)

Inicialmente os seus relatos eram transmitidos com agressividade quando falava da companheira do pai e de tristeza pela ausência da mãe.

Em nenhum momento tentamos introduzir outros temas, permitimos que a criança fizesse as suas escolhas, brincar, falar ou ficar em silêncio, foi P. quem conduziu o processo, nós apenas tentamos proporcionar um ambiente facilitador de crescimento.

Com o percorrer da terapia P. começou a demonstrar uma diminuição de agressividade quando falava nestes temas, passando a expressar sentimentos positivos, tanto em relação a ele próprio como em relação à sua mãe e companheira do pai.

Os seus primeiros relatos sobre ele próprio “feio” “burro” demonstram um autoconceito negativo, que foi modelado pelas suas vivências.

“O autoconceito é construído gradualmente ao longo das experiências subjetivas, estando sujeito a pressões, distorções e escotomizações, tanto favoráveis como desfavoráveis” (Góis & Brites, 2003, p.16)

Sublinhamos aqui, a mudança na forma como se via a ele próprio durante um dos primeiros encontros em que exprime sentimentos menos valor, para sentimentos de mais valor “eu sou mesmo inteligente”. À medida que foi explorando as suas emoções durante os vários encontros terapêuticos P. foi desenvolvendo uma visão mais realista dele próprio.

No início do acompanhamento a escolha recaía em brincadeiras agressivas, simulando guerras e destruição apesar de se antever alguma capacidade de resiliência uma vez que vencia a batalha. Com a evolução verificamos a existência de identificação à figura paterna optando por jogos ensinados por este.

Da mesma forma à medida que P. foi mudando a sua atitude para com a companheira do pai, esta foi também alterando a sua forma de lidar com o enteado.

Estávamos perante uma criança em grande sofrimento e conflito interno. P. era uma criança triste, zangada e não se sentia compreendido. Como resultado destes sentimentos manifestava comportamentos agressivos.

Como refere João Hipólito (2011) os sintomas surgem na pesquisa do equilíbrio. Um desenvolvimento pautado sem restrições potencializa a atualização da pessoa, o que se traduz numa funcionalidade plena.

Neste caso em particular P. experienciou ao longo do seu desenvolvimento uma série de situações, que representaram barreiras à sua atualização máxima, gerando sintomas na procura do equilíbrio.

Consideramos que a nossa atitude empática de compreensão e aceitação pelos sentimentos de P., facilitaram a expressão dos seus sentimentos e a exploração do seu mundo interno, o que ajudou P. à resolução dos seus sentimentos reagindo assim de uma forma mais ajustada. Tentamos ativamente refletir tudo o que nos era trazido por P, sem juízos de valor e com consideração incondicional. Aceitamos o seu ritmo adotando sempre uma postura sensível aos seus movimentos.

Ao longo do processo terapêutico ocorreram muitas modificações. O seu comportamento na escola e o seu rendimento melhoraram significativamente. P. desenvolveu um novo conceito de si mesmo.

A vivência de P residindo com os avós durante a semana passando apenas os fins de semana com o pai, a ausência da mãe assim como a ausência de concordância educacional entre o pai e a sua companheira não foram facilitadoras do seu desenvolvimento.

Por outro lado e apesar do sofrimento evidente apresentado pela criança, esta era de certa forma utilizada como sintoma de uma relação de casal pouco gratificante.

As férias passadas com a mãe e a colocação da sua foto nas redes sociais representaram para a criança a sensação de pertença e igualdade de posição relativamente à irmã.

A intervenção da pedopsiquiatra junto do pai e sua companheira contribuíram de forma positiva para a mudança de atitude face à criança em particular por parte desta.

V Discussão

5.1. Reflexão Crítica e Análise Conclusiva

Numa época de incerteza e instabilidade criada por crise económica e financeira, a intervenção psicológica nos serviços de saúde pode contribuir para a modificação e melhoria do sofrimento psíquico causado pelo desemprego e endividamento.

No entanto pensamos que enquanto não se verificarem alterações profundas nas políticas de saúde mental o panorama atual de desemprego de psicólogos não se altere significativamente num futuro próximo.

Resta-nos esperança num futuro melhor e mais promissor para nós e para os nossos colegas, com perspetivas de trabalho e sua valorização na nossa sociedade, uma vez que a nossa intervenção é de grande importância não só nesta crise, mas principalmente junto daqueles com maior sofrimento psíquico e emocional.

O Psicólogo sabe ouvir, levar o indivíduo a encontrar o seu caminho e descobrir alternativas que até ao momento lhe pareciam inviáveis. A utilização das condições propostas por Rogers permite o crescimento individual e aquisição de auto cura que atenua o sofrimento.

A elaboração deste relatório permite-nos transpor para o papel as nossas vivências no local de estágio e de forma subjetiva descrever o nosso trabalho. Sentimos que havia tanto para dizer mas que muitas vezes tivemos dificuldade em nos exprimir desta forma. Será que a escolha das palavras foi a mais correta? Será que conseguimos transmitir o sentido que quisemos dar às palavras? Será que vão gostar do nosso trabalho?

Todas estas questões trouxeram momentos de tensão por nós experienciadas, e de certa forma influenciaram a conclusão tardia do nosso relatório. Finalmente conseguimos! Com a ajuda de todos aqueles que acreditaram em nós e nos transmitiram confiança na nossa capacidade de ultrapassar e vencer as dificuldades. Descrevemos o nosso percurso como uma longa caminhada de crescimento e auto-atualização.

Este estágio permitiu uma observação direta do serviço de SPIA e seu funcionamento. Os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura e Mestrado, nomeadamente os fundamentos teóricos e práticos, da Psicologia Clínica e os modelos da intervenção, foram um mecanismo facilitador, à integração na Instituição.

A aprendizagem ao longo do estágio, superou qualquer expectativa idealizada tanto a nível pessoal como académico, foi o momento de testar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo da formação académica, confrontá-las com a realidade e avaliar os resultados.

Todas as componentes do estágio, nomeadamente investigação teórica, observação, articulação com a equipe e intervenção direta com os utentes, foram enriquecedoras e contribuíram para a nossa formação. Adquiriu-se experiência, novos conhecimentos e reciclaram-se os antigos.

Tivemos a oportunidade de assistir a sessões de acompanhamento psicológico, participar nas reuniões do serviço, em consultas de pedopsiquiatria e articular com outros profissionais de saúde, o que nos possibilitou a identificação da dinâmica do serviço. É no entanto, através da prática clínica que nos deparamos com as dificuldades, em particular quando esta envolve crianças ou adolescentes. No entanto a insegurança inicialmente sentida no acompanhamento de crianças em ludoterapia, foi rapidamente ultrapassada pelos resultados obtidos. Surpreendeu-nos a riqueza do seu imaginário e a sua capacidade de entrega e expressão através do brincar.

As experiências vividas nos encontros terapêuticos com crianças foram enriquecedoras, como pessoa e como futura profissional. Foi uma autêntica e fascinante aprendizagem, que nos levou a verificar a força desta abordagem. Crescemos na nossa visão

do ser humano, e cresceu dentro de nós um maior respeito pelo outro, assim como uma infinita confiança nas suas capacidades para escolher o seu próprio percurso.

No decorrer dos encontros com as crianças e adolescentes fomos melhorando e aprimorando a nossa forma de ser e de estar com o outro.

Nos casos clínicos apresentados, B. com dificuldades cognitivas e tricotilomania, P. com sintomatologia depressiva, apesar das diferenças apresentadas pelas crianças procuramos entendê-las em todas as vertentes do seu ser, físico emocional e sócio familiar.

Tentamos não proceder a julgamentos, optando por uma postura de escuta empática de forma a que por si só a criança fosse capaz de elaborar o seu sofrimento e tomar consciência de si própria evoluindo para a sua aceitação e auto cura. O brincar em terapia teve aqui um papel muito importante, facilitando a expressão de sentimentos e pensamentos.

De realçar que a forma como a equipa nos acolheu, o reconhecimento e valorização do nosso trabalho, o estímulo contínuo facilitaram a nossa integração e foram securizantes para o exercício da nossa atividade.

A motivação para aprender, fazer um bom trabalho e aprofundar conhecimentos, foram uma constante durante o estágio.

Ao terminar esta etapa da nossa formação resta-nos a certeza que para além do caminho já percorrido muito ainda há a percorrer...

Referências

- O'Connor, K., & Braverman, L. (2009). *Play Therapy Theory and Practice: Comparing Theories and Techniques* (2º ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Aderson, J., & Holanda, A. (1996). Estágio em Psicologia: discussão de exigências e critérios para o exercício de supervisor de estágio. *Psicologia Ciência e Profissão*, 16, 4-9.
- Ann, C. (2003). *Introduction to Play Therapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Axline, V. (1972). *Ludoterapia a Dinâmica Interior da Criança*. (Â. Coelho, Trad.) Belo Horizonte: Interlivros, Ltd.
- Baggerly, J. (2005). Motivations, Philosophy, and Therapeutic Approaches of a Child-Centered Play Therapist: An Interview With Garry L. Landreth. *Journal of Humanistic Counselling, Education and Development*, 44, 117-127.
- Baggerly, J., Ray, D., & Bratton, S. (2010). *Child-Centered Play Therapy Research: the evidence base for effective practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Barbosa, J. (Novembro de 2010). Hospital Novo: Novas Esperanças. 25 Anos: Hospital Distrital de Santarém 1985-2012.
- Barcelar, M., & Lourenço, A. (Edits.). (2010). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental: Quem Somos e o que Fazemos. *HDS In Forma*, 32, pp. 2-8.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis and Treatment* (3º ed.). New York: The Guilford Press.
- Barlow, D., & Durand, M. (2012). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (6º ed.). Canada: Wadsworth.
- Barrett, P., & Ollendick, T. (2004). *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Bassois, A., Ferreira, M., & Recondo, R. (2003). Transtornos de Ansiedade na Infância. In G. Neto, & N. Furtado, *Psiquiatria Para Estudantes de Medicina* (pp. 650-657). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Batista, T. (2012). Não Há Recuperação Económica Sem Cuidar da Saúde Mental dos Cidadãos. *PSIS 21 - Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 4, 03-26.
- Batista, T. (2012). 'Afirmar Os Psicólogos' - 1º Congresso Da OPP. *PSIS 21 Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 3, 3-29.
- Beauchaine, T., & Hinshaw, S. (2008). *Child and Adolescents Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Beidel, D., & Turner, S. (2005). *Childhood Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment*. Hove: Routledge.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. (A. Pirrayt, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Bhatia, M. S. (2009). *Dictionary of Psychology and Allied Sciences*. New Age International Limited Publishers: 2009.
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215–1220.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário*. (E. Gouveia, Trad.) Lisboa: Edual.
- Bozarth, J., & Brodley, B. (1991). Actualisation: A Functional Concept in Client-Centered Therapy. *Handbook of Self-Actualisation*, 6, 45-60.
- Bratton, S., & Lin, Y.-W. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93, 45-58.
- Bratton, S., Ray, D., Edwards, N., & Landreth, G. (2011). Child-Centered Play Therapy (CCPT): Theory, Research, and Practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8, 266-281.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–390.
- Brites, R. (2002). A Pessoa como Centro Revista de Estudos Rogerianos. "*Estórias mal aprendidas - A Intervenção Ludoterapêutica numa Criança com Dificuldades de Aprendizagem*", 9/10.
- Brodley, B. (1996). Empathetic Understanding and Feelings in Client Centered Therapy. *The Person-Centered Journal*, 3, 21-32.
- Brodley, B. (1999). The Actualizing Tendency Concept In Client-Centered Theory. *The Person-Centered Journal*, 6, 108-120.
- Bruchmuller, K., & Schneider, J. (2012). Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 128 –138.
- Buck, J. (2003). *HTP: Casa-Árvore-Pessoa, Técnica Projeiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. (R. Tardivo, Trad.) São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, Ltd.
- Caballo, V., & Simon, M. (2005). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente*. São Paulo: Santos Editora.

- Campbell, M., & Knoetze, J. (2010). Repetitive Symbolic Play as a Therapeutic Process in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 19, 222-234.
- Campbell, M., & Knoetze, J. (2010). Repetitive Symbolic Play as a Therapeutic Process in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 222-234.
- Campos, A., & Cury, V. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Paidéia*, 42, 115-121.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical*. London: Routledge.
- Carr, A. (2009). *What Works with Children, Adolescents, and Adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Casemore, R., & Tudway, J. (2012). *Person Centered Therapy and CBT: Siblings Not Rivals*. London: Sage.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play Therapy*. East Sussex: Brunner- Routledge.
- Chazan, S. (2002). *Profiles of Play: Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Choudhury, M., Pimentel, S., & Kendall, P. (2003). Childhood Anxiety Disorders: Parent–Child (Dis)Agreement Using a Structured Interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 957-964.
- Chronis, A., Jones, H., & Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Cochran, N., Nordling, W., & Cochran, J. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Connolly, S., Suarez, L., & Sylvester, C. (2011). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children. *Current Psychiatry Reports*, 13, 99-110.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy* (8^o ed.). Belmont: Thomson Books.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semioogia dos Transtornos Mentais* (2^o ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- DuPaul, G. (2003). Assessment of ADHD Symptoms: Comment on Gomez et al. . *Psychological Assessment*, 115-117.
- Dwivedi, K., & Varma, V. (1997). *Depression in Children and Adolescents*. London: Whurr Publishers.

- Eley, T. (2001). Contributions of Behavioral Genetics Research: Quantifying Genetic, Shared Environmental and Nonshared Environmental Influences. In M. Vasey, & M. Dadds, *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 45-59). Oxford: Oxford University Press.
- Fidalgo, J. (2002). *Introdução à Filosofia*. Lisboa: Porto Editora.
- Flanagan, J., & Flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies and Techniques*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Fleming, I., & Steen, L. (2004). *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Freire, E., & Tambara, N. (2001). A Terapia Centrada na Pessoa: Os Desafios da Clínica. *A Pessoa Como Centro*, 81-88.
- Gillon, E. (2007). *Person-Centred Psychology: An Introduction*. London: Sage Publications.
- Góis, J., & Brites, R. (2003). O Self - a Propósito duma Análise Crítica do Conceito. *A Pessoa como Centro, Revista de Estudos Rogerianos*, 11/12, 13-34.
- Goldstein, S., & Naglieri, J. (Edits.). (s.d.). *Encyclopedia of Child Behaviour and Development* (Vol. I). New York: Springer.
- Goodwin, J. (2011). *História Da Psicologia Moderna*. (E. P.-C. Ltd, Ed., & M. Rosas, Trad.) São Paulo.
- Graham, J., & Naglieri, J. (2003). *Handbook of Psychology* (Vol. 10). New Jersey: John Wiley & Sons. Inc.
- Herbert, M. (2006). *Clinical Child And Adolescents Psychology From Theory To Practice* (3^o ed.). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Hersen, M. (2004). *Psychological Assessment in Clinical Practice: A Pragmatic Guide*. Hove: Brunner- Routledge.
- Hipólito, J. (2005). Carl Rogers e a Corrente Fenomenológico-Existencial. *Anais de Psicologia – Psique*, 43-58.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade – Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Hoza, B., Kaiser, N., & Hurt, E. (2008). Evidence-Based Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In R. Steele, D. Elkin, & M. Roberts, *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice* (pp. 197-220). New York: Springer.
- Huberty, T. (2013). Anxiety and Anxiety Disorders in Children. *National Association of School Psychologists*, 41, 20-21.

- James, A., Cowdrey, F., & James, C. (2012). Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In P. Sturmey, & M. Hersen., *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Child and Adolescent Disorders* (pp. 545-557). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Jung, C. (1988). *A Prática da Psicoterapia* (Vol. 16). (M. Appy, Trad.) Petrópolis: Vozes.
- Kaufman, A., & Lichtenberger, E. (1999). *Essentials of WISC-III and WPPSI-R Assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kratochvil, C., Vaughan, B., Barke, A., Corr, L., Wheeler, A., & Madaan, V. (2009). Review of Pediatric Attention Deficit/Hyperactivity Disorder for the General Psychiatrist. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 39-56.
- Landreth, G., Baggerly, J., & Tyndall-Lind, A. (1999). Beyond Adapting Adult Counseling Skills For Use With Children: The Paradigm Shift to Child-Centered Play Therapy. *The Journal of Individual Psychology*, 55, 272-287.
- Landreth, G. (2002). Therapeutic Limit Setting in the Play Therapy Relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 529-535.
- Landreth, G. (s.d.). A Child-Centered View of Children.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2006). *Emergency Triage* (2^o ed.). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Manikam, R. (2002). Mental Health of Children and Adolescents. *International Perspectives on Child & Adolescents Mental Health*, 2-36.
- Marry, T. (2000). *Person-Centred Practice: The BAPCA Reader*. Herefordshire: PCCS Books Ltd.
- Mattes, A. (1980). The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 358-369.
- McMatton, L. (1992). *The Handbook of Play Therapy*. London: Routledge.
- Mearns, D. (2003). *Developing Person-Centred Counselling* (2 ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Meijer, W., Faber, A., Ban, E., & Tobi, H. (2009). Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy World & Science*, 509-516.
- Menassa, B. (2009). Theoretical Orientation and Play Therapy: Examining Therapist Role, Session Structure, and Therapeutic Objectives. *Journal of Professional Counselling: Practice, Theory and Research*, 37, 13-29.
- Morris, T., & March, J. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. London: The Guildford Press.

- Naranjo Pereira, L. (2004). *Enfoques Humanísticos-Existenciales y Un Modelo Eclético*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Nayar, U. (2012). *Child and Adolescent Mental Health*. London: Sage Publications Ltd.
- Naylor, B. (2009). *Depression in Children*. New York: Nova Science Publishers.
- Neto, O. (1999). *A Psicoterapia Na Instituição Psiquiátrica*. São Paulo: Ágora.
- Niebergall, G. (2001). Play therapy with children. In H. Remschmidt, *Psychotherapy with Children and Adolescents* (pp. 138-144). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijmeijer, J., Minderaa, R., Buitelaar, J., Mulligan, A., Hartman, C., & Hoekstra, P. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692–708.
- Nuding, D. (2013). Anxiety in childhood – person-centered perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12, 33–45.
- Nunes, O. (1999). Uma Abordagem Sobre A Relação De Ajuda. *A Pessoa Como Centro*, 59-64.
- Paulo, F. (2009). *Filosofia*. Lisboa: Porto Editora.
- Pessoa, F. (2005). Poema. In H. Lisboa, *Antologia De Poemas Portugueses Para a Juventude*. São Paulo: Peirópolis.
- Pires, M. (16 de 03 de 2015). Psicologia Para Todos: A transição do casal para a parentalidade. (S. João, Entrevistador)
- Pires, M., & Rute, B. (2008). A Ética e o Processo de Avaliação Psicológica. *Anais - Série de Psicologia - Psique*, 145 - 156.
- Pires, P. (2004). O Psicodiagnóstico em Contexto do Counselling Centrado na Pessoa. *A Pessoa Como Centro Revista de Estudos Rogerianos*, 71-77.
- Prifitera, A., & Saklofske, D. (1998). *WISC-III Clinical Use and Interpretation Scientist-Practitioner Perspectives*. London: Academic Press.
- Rapport, M., Kofler, M., Alders, M., & Raiker, J. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In D. Reitman, *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment Volume 2: Children and Adolescents* (pp. 350-401). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Raven, J. (2000). *Manual - Teste das Matrizes Progresivas Escala Geral*. (F. Campos, Trad.) Rio de Janeiro: CEPA.
- Ray, D., Kasie, L., Meany-Walen, K., Carlson, S., Carnes-Holt, K., & Ware, J. (2013). Use of Toys in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 22, 43–57.

- Ray, D., Schotterlkord, S., & Tsai, H. (2007). Play Therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16, 95-111.
- Regulamento Interno do Hospital Distrital de Santarém. (Abril de 2006).
- Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in EducationAquatic*, 29, 207–220.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. Cambridge: The Riverside Press.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. (S. Vida Longa, Trad.) Lisboa: Edual.
- Romano, B. (1999). *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Russ, S. (2004). *Play in Child Development and Psychotherapy: Toward Empirically Supported Practice*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Schaefer, C., & Reid, S. (2001). *Game Play: Therapeutic Use of Childhood Games*. London: Wiley.
- Schaefer, C. (1985). Play Therapy. *Early Child Development and Care*, 19, 95-108.
- Schoeman, H. (2006). *The Handbook of Gestalt Play Therapy: Practical Guidelines for Child Therapists*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Schottelkorb, A., Swan, K., Garcia, R., & Bradley, B. (2014). Therapist Perceptions of Relationship Conditions in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23, 1–17.
- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A Clinician's Guide*. London: The Guildford Press.
- Silverman, W., & Field, A. (2011). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2º ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverman, W., & Treffers, P. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, Rita. (2009). *Clinical Interviewing* (4th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Steele, R., Elkin, D., & Roberts, M. (2008). *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents Bridging Science and Practice*. New York: Springer.
- Stein, D. (2004). *Clinical Manual of Anxiety Disorders*. London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stenzel, G., Paranhos, M., & Ferreira, V. (2012). *A Psicologia no Cenário Hospitalar*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers* (2º ed.). London: Sage Publications.
- Trull, T. (2005). *Clinical Psychology* (7º ed.). London: Thomson Wadsworth.
- Tudor, K., & Worrall, M. (2006). *Person Centred Therapy A Clinical Philosophy*. Hove: Routledge.
- Vallance, A., & Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 325-330.
- VanFleet, R., Sywulak, A., & Sniscak, C. (2010). *Child Centered Play Therapy*. London: The Guilford Press.
- Wagner, C. (2003). Depressão na Infância e Adolescência. In A. Neto, G. Gauer, & N. Furtado, *Psiquiatria para Estudantes de Medicina* (pp. 658-662). Porto Alegre: Edipucrs.
- Waldman, I., & Gizer, I. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 396-432.
- Weiner, I. (2003). *Principles of Rorschach Interpretation*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wilkins, P. (2000). Unconditional positive regard. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28, 23-36.
- Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2002). Play therapy with emotionally damaged adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 7, 178-192.
- Wilson, K., & Virginia, R. (2005). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents*. Oxford: Elsevier Limited.
- Witty, M. (2007). Client-Centered Therapy. In N. Kazantzis, & L. L'Abate, *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: Research, Practice and Prevention* (pp. 35-50). New York: Spring