



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM
PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Departamento de Pediatria, Serviço de
Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência

Eloísa Isabel Ribeiro da Silva - 20120689

ORIENTADORA DE RELÁTORIO: Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Fevereiro de 2015

Agradecimentos

No ano 2009 iniciei a maior prova de fogo que tive até hoje. A “casa amarela” abriu-me as portas, recebeu-me de braços abertos e, deixou-me ficar. Permaneci durante cinco anos, e tenho a dizer, que apesar de muitos altos e baixos foi uma experiência inesquecível que jamais esquecerei.

Agradeço a TODOS os que me acompanharam nesta longa caminhada. Aos que confiaram em mim e que acreditaram nas minhas capacidades mas, também, não posso deixar de agradecer, aos que me desvalorizavam, que me rebaixavam e que não acreditavam em mim, pois também foram esses que me fizeram lutar ainda mais nos momentos em que tudo parece ser impossível de alcançar. Obrigado, porque só me tornaram mais forte, mais resiliente, mais persistente e mais capaz.

Aos meus pais, 26 anos de Muito Obrigada!

Ao meu tenente que, apesar de muitas peripécias ao longo destes quase cinco anos, agradeço-te a força que me destes quando estou em baixo e, de me ajudares quando mais preciso. A distância traz proximidade ao coração!

E claro, não podia deixar de dizer à “minha ” Beyoncé: obrigada por tudo aquilo que me ensinas-te e que me fizeste mudar como pessoa, foste o meu Dibilis. Desculpa senão estive à tua altura. Nunca te esquecerei, és grande!

Aos pais da Beyoncé, mesmo sabendo que eu era estagiária, obrigada pela confiança inabalável que depositaram em mim.

Agradeço também ao meu colega Vítor por me ter acompanhado ao longo destes cinco anos, sem ti não teria sido a mesma coisa.

Agradeço também, à minha orientadora de relatório Professora Doutora Odete Nunes por me ter acompanhado nesta fase final do meu percurso académico.

A todos o meu Muito Obrigada!

Resumo

O Mutismo é uma perturbação que se expressa com mais frequência nas crianças em idade pré-escolar e que pode prejudicar o seu desempenho tanto ao nível escolar como social. É uma perturbação pouco conhecida o que complexifica o seu diagnóstico tal como o tratamento.

Este relatório de estágio é um trabalho teórico-prático, isto é, numa primeira parte é realizada uma revisão de literatura sobre a problemática acima referida e sobre alguns aspectos mais históricos relacionados com o surgimento da psicologia, com o papel do psicólogo e a sua importância na nossa sociedade. Pretendemos também fazer uma descrição da problemática, apresentar a sua prevalência, o seu diagnóstico e obviamente o tratamento. Posteriormente pretendemos dar algumas sugestões de tratamento como por exemplo, uma intervenção do tipo ludoterapêutico.

Por fim, será apresentada a discussão e posteriormente as conclusões obtidas ao longo do processo de acompanhamento psicológico realizado. Contudo, também haverá lugar para a compreensão da avaliação psicológica realizada.

Palavras-chave: idade pré-escolar; ansiedade; emoções; contexto social, mutismo

Abstract

Mutism is a disturbance that express it self more often in preschool age children and can harm their performance at school and socially. It is a disturbance little known which turns its diagnosis even more complex, as well as its treatment.

This traineeship report is both a theoretical and practical work, this is to say that firstly a review of the literature on the problematic above mentioned and on the historic emergence of psychology, the psychologist's role and its importance in our society is carried out.

Secondly, it is also our intention to give a description of the problematic, present its prevalence, its diagnosis and obviously its treatment course. Then, we also aim at giving some suggestions of treatment, such as the ludic model of therapy for instance.

Finally, the discussion and subsequently the conclusions obtained throughout the process of psychological follow-up will be presented. However, there will be room also for the understanding of the psychological evaluation performed.

Keywords: preschool age; anxiety; emotions; social context, mutism.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice geral.....	IV
Índice de Figuras	VII
Índice de Abreviaturas.....	VIII
Índice de Anexos	IX
Introdução	1
PARTE I.....	2
1. Contextualização do Estágio	3
1.2. Justificação da Escolha do Local de Estágio	3
Objectivos do Estágio.....	4
1.3. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	4
1.4. Serviço de Nefrologia.....	5
PARTE II	7
2. Enquadramento Teórico.....	8
2.1. Psicologia Clínica versus Psicologia da Saúde	8
2.2. Psicologia Clínica Infantil versus Psicologia Pediátrica	11
2.3. Papel do Psicólogo	12
2.4. Especificidades da Intervenção usada no Acompanhamento – Ludoterapia	14
2.5. Psicoterapia Centrada no Cliente	16
2.6. Ludoterapia Centrada na Criança/ Cliente	17
2.7. Ludoterapia em contexto hospitalar	21
2.8. Perturbações da Infância e da Adolescência.....	22
2.8.1. Hiperatividade/ défice de atenção.	24
2.8.2. Dificuldades de Aprendizagem.	25
2.8.3. Perturbações da Ansiedade.....	25
2.8.4. Alterações de Comportamento.	26
2.8.5. Reação de Adaptação a Doença Somática (criança).	27
2.8.6. Reação de Adaptação a Doença Somática (Pais).	28
2.9. Mutismo.....	28

2.9.1.	Prevalência	31
2.9.2.	Diagnóstico.....	32
2.9.3.	Diagnóstico Diferencial.....	32
2.9.4.	Tratamento	33
2.9.5.	Factores de risco e prognóstico	34
PARTE III.....		36
3. Trabalho Desenvolvido no Estágio		37
3.1.	Reuniões de triagem.....	37
3.2.	Consultas de triagem.....	38
3.3.	Reunião Clínica.....	38
3.4.	Avaliações Psicológicas.....	39
3.4.1.	Desenho da Família.	40
3.4.2.	Desenho da Figura Humana.	41
3.4.3.	C.A.T-A/ C.A.T-H e T.A.T.	42
3.4.4.	Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC – III.	42
3.4.5.	Toulouse Piéron.	43
3.4.6.	Teste Gestáltico Visomotor Bender.....	43
3.4.7.	Matrizes Progressivas de Raven (MPR).....	44
3.5. Casos de acompanhamento.....		44
3.5.1.	Caso de acompanhamento observado.	45
3.5.1.1.	Observação clínica.....	45
3.5.1.2.	Motivo da consulta.	46
3.5.1.3.	Anamnese.	46
3.5.1.4.	Dinâmica Familiar.	48
3.5.1.5.	Informação Recolhida ao Longo do Processo de Observação.	49
3.6. Trabalho Directo Realizado no Estágio.....		52
3.6.1.	Avaliação Psicológica.	52
3.6.1.1.	Caso de avaliação psicológica Tomás.	53
	Observação Clínica.....	53
	Motivo da consulta.	53
	Anamnese.	54
	Dinâmica Familiar.	56
	Projecto de intervenção.	57
	Apresentação e discussão de resultados.	58

Síntese.....	59
3.6.2. Caso de Acompanhamento ao Longo do Estágio.....	60
3.6.2.1. Observação clínica	60
3.6.2.2. Motivos da consulta	60
3.6.2.3. Anamnese	61
3.6.2.4. Dinâmica Familiar.....	63
3.6.2.5. O caso de Beyoncé à luz do desenvolvimento psicoafectivo de Hipólito....	64
3.6.2.6. Reflexão do Caso	69
3.6.3. Considerações Pessoais sobre o Estágio.....	75
3.6.4. Conclusão.....	77
Referências Bibliográficas	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Motivos mais frequentes de pedidos de consulta no ano 2013.....	23
Figura 2 - Genograma Familiar Francisca.....	47
Figura 3 - Genograma Familiar do Tomás	56
Figura 4 - Genograma Familiar da Beyoncé	63

Índice de Abreviaturas

ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

AACAP- Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

CAT- A- Teste de Apercepção Infantil (Animal)

CAT-H- Teste de Apercepção Infantil (Humano)

CID- 10- Classificação internacional de doenças 10^a revisão

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

DSM IV-TR- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 4.^a edição

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição

MCR- Matrizes Coloridas de Raven

PCC- Psicoterapia Centrada na Pessoa

TAT- Teste de Apercepção temática

UAL- Universidade Autónoma de Lisboa

UN- Unidade de Nefrologia

WISC-III- Escala de inteligência Weschler para Crianças 3^a edição

Índice de Anexos

Anexo A (Cronograma de estágio)

Anexo B (Consultas de triagem observadas)

Anexo C (Consultas de triagem realizadas)

Anexo D (Avaliações psicológicas observadas)

Anexo E (Teste utilizados ao longo da avaliação psicológica do Tomás)

Anexo F (Resumo das consultas realizadas à Beyoncé)

Introdução¹

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia com especialização em Clínica e Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa - *Luís de Camões* em parceria com um dos hospitais da grande Lisboa, foi elaborado um protocolo entre ambas as instituições para a realização de um estágio de carácter académico na área de intervenção de Psicologia Clínica, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência.

Neste sentido, foi-nos proposto a realização de dois modos de intervenção em Psicologia Clínica: intervenção em consulta externa (avaliações e acompanhamentos psicológicos) e intervenção no internamento de Nefrologia (intervenção em crise). Tudo isto, com o intuito de diversificar o mais possível os conhecimentos e competências que pretendiam ser adquiridas na realização deste estágio, sobre a supervisão da orientadora de estágio.

Assim, o estágio académico teve como principal objetivo incluir e consolidar os conhecimentos obtidos na fase curricular do mestrado mas, também, ganhar e melhorar competências ao nível da prática clínica.

Deste modo, a elaboração do presente relatório tem como objetivo caracterizar e descrever as atividades desenvolvidas e competências adquiridas no decorrer deste percurso.

Ao longo dos capítulos vai ser apresentado o local e as razões que sustentam a escolha deste estágio, os objetivos a que nos propusemos alcançar, o enquadramento teórico e clínico, as atividades desenvolvidas, a apreciação e análise crítica do estágio, apresentando por último, as considerações finais.

¹ Este relatório não está escrito tendo em conta o novo acordo ortográfico

PARTE I

1. Contextualização do Estágio²

Na década de 30/40 verificou-se que os Hospitais Civis de Lisboa estavam a ficar saturados devido ao progressivo aumento populacional. Esta situação desencadeou a necessidade de construir um Hospital Central e inaugurado no ano de 1954. A sua construção teve um duplo objectivo: dar resposta à população mas também substituir um outro hospital que tinha funções de assistência a doentes e estabelecimento de ensino médico. Está construído num dos pontos elevados da cidade, tem uma área total 128.000m², sendo que 28.000m² pertencem a uma das faculdades de Medicina de Lisboa.

O edifício tem duas torres principais: uma com onze pisos, que é utilizada para o internamento de doentes das clínicas gerais de Medicina e Cirurgia. A outra situada mais a norte é composta por dez pisos.

Quatro décadas depois este centro hospitalar continua a ser considerado um dos mais avançados do país.

1.2. Justificação da Escolha do Local de Estágio

A realização deste estágio académico no último ano de Mestrado é imprescindível pois permite aprofundar requisitos curriculares necessários para a formação do psicólogo clínico. Por esta razão, consideramos que o estágio é uma parte fundamental do percurso académico na medida em que, sendo um momento de transição entre a academia e a profissionalização, permite aplicar à realidade os conhecimentos teóricos/práticos adquiridos ao longo do curso. É também um momento de confrontação com as primeiras expectativas do que é a formação do psicólogo.

A escolha deste tipo de estágio deve-se ao interesse pela área da psicologia infantil mas, também por ser uma instituição hospitalar. Consideramos ser um desafio ultrapassar alguns obstáculos pessoais e, por outro lado, a possibilidade de passar por um leque variado de experiências e situações fundamentais na formação enquanto cidadã e futura profissional na área da psicologia.

² Informações retiradas da intranet do local de estágio

Objectivos do Estágio

Sendo o estágio académico realizado numa fase conclusiva da formação do psicólogo tem como finalidade propiciar a vivência da prática da Clínica através da aplicação e do aumento os conhecimentos adquiridos ao longo da formação em Psicologia.

Consideramos, assim, como objectivos específicos os seguintes parâmetros:

- Compreender as especificidades das diferentes intervenções do psicólogo a partir da percepção da relação estabelecida entre o este e o paciente;
- Aprofundar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos através da experiência clínica orientada;
- Utilizar os momentos de orientação para partilhar as vivências do trabalho desenvolvido no estágio, tendo como objectivo compreender melhor as diversas intervenções do psicólogo no contexto da clínica.
- Testar a nossa capacidade de abertura ao novo, no contexto da prática profissional;
- Aferir se aquele tipo de intervenção estava de acordo com as nossas expectativas;
- Integrar os conhecimentos teóricos com a prática.

1.3. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

Após delineáramos os objectivos consideramos pertinente apresentar o serviço onde foi realizado o nosso trabalho.

O serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência deste centro hospitalar é independente, não possuindo internamentos nem urgências. Situa-se fora do edifício central e é sediado num pavilhão de ambulatório constituído por oito gabinetes. O atendimento (consulta externa) é feito desde os zero aos quinze anos a crianças cuja zona de residência pertença à área de referência do hospital. Para além, do atendimento e acompanhamento em consulta externa, as psicólogas fornecem apoio psicológico às crianças internadas. Também é feita uma articulação com a comunidade,

nomeadamente com os Centros de Saúde e ainda com o Departamento de Psiquiatria de Adultos.

O Serviço é formado por uma equipa multidisciplinar chefiada por uma pedopsiquiatra, integrando mais duas pedopsiquiatras, sete psicólogas e uma enfermeira de psiquiatria e saúde mental. Também possui a colaboração de uma assistente social em regime parcial.

Como a equipa trabalha de uma forma multidisciplinar, são realizadas reuniões semanais onde são apresentados e discutidos casos clínicos (reuniões clínicas). Para além disso existe o *Journal Club*, que a partir da apresentação de artigos científicos, desencadeia na equipa a discussão e partilha de novos conhecimentos. Nas reuniões de triagem, são apresentados casos possíveis de atendimento e acompanhamento (psicológico e/ou pedopsiquiátrico).

Por fim, a equipa também se reúne para falar dos casos que estão a ser seguidos nos diversos tipos de internamentos (reuniões de ligação).

1.4. Serviço de Nefrologia

A Unidade de Nefrologia (UN), onde nos inserimos ao longo do estágio, permitiu-nos observar uma forma de particular de intervir em psicologia (intervenção em crise).

Em 1978 foi criada esta unidade, que está integrada no Departamento da Criança e da Família do Hospital onde se realizou o nosso trabalho. A Faculdade de Medicina e o Instituto de Medicina Molecular estão ligados a esta unidade, na qual os pediatras possuem especialidade Nefrologia Pediátrica.

A UN localiza-se no piso sete e integra uma equipa de enfermagem para garantir os tratamentos de diálise/transplantação em Pediatria. Com esta UN colaboram todas as outras especialidades (Infeciologia, Pneumologia, Gastreenterologia, Hematologia e a Neurologia). Também conta com o apoio da Dietética / Nutrição, Educação Infantil, Psicologia e Serviço Social.

A partir de 2003, o Serviço também contam com a doação de órgãos de pessoas vivas (os órgãos vem de familiares). Segundo os dados que estão disponíveis já foram transplantadas oitenta e três pessoas, (crianças e adolescentes) sendo que em seis o órgão foi doado pela pessoa viva e os resultados obtidos foram excelentes.

A UN tem, também, um serviço que permite um acompanhamento mais próximo e personalizado com os seus doentes: o hospital de dia. Este tem a função de acompanhar diariamente cerca de dez doentes, incluindo um programa de Diálise Peritoneal Crónica Ambulatória, que já permitiu atender às necessidades de cerca de trinta crianças e presentemente está a auxiliar dez doentes. Existe uma valência de Consulta Externa destinada a atender os doentes de outros serviços de saúde (Nolasco, 2011).

PARTE II

2. Enquadramento Teórico

Começamos por apresentar uma breve revisão de literatura incluindo, numa primeira parte a definição, conceptualização e aplicação da Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica, Psicologia Pediátrica, Psicologia Clínica Infantil e descrição do papel do psicólogo no contexto hospitalar.

Numa segunda parte é feita uma revisão de literatura sobre a problemática do caso clínico que apresentamos e, o enquadramento teórico do tipo de intervenção efetuada, tal como o modelo teórico que nos baseamos.

2.1. Psicologia Clínica versus Psicologia da Saúde

Consideramos importante definir em primeiro lugar o conceito de Psicologia Clínica. Na literatura é referido que, foi no ano 1892 que (Lightner Witmer) o doutor em Psicologia criou o conceito de “Psicologia Clínica” (Ribeiro & Leal, 1996).

O termo “Clínico” tem raízes no latim *Clinicus* e significa “o que visita o doente na cama” (Pais Ribeiro, 1998). Porém, o seu significado em Psicologia assume uma interpretação diferente, isto é, acentua a postura da prática do psicólogo em contraste com a prática laboratorial realizada na época.

No entanto, foi no decorrer da primeira Guerra Mundial que se utilizaram algumas técnicas da psicologia, principalmente de “mediação”. O seu contributo foi importante na solução de algumas perturbações mentais destas pessoas tanto no continente Europeu, como América do norte (Ribeiro & Leal, 1996). Porém, constata-se que no período entre as duas guerras (primeira e segunda) a Psicologia Clínica fez grandes avanços e, especialmente durante a Segunda Guerra Mundial a Psicologia Clínica teve um grande impacto pela ajuda prestada aos combatentes de guerra. Os psicólogos começaram a ser vistos como especialistas e valorizados na área onde eram considerados ter maior capacidade, principalmente, na avaliação psicológica (Pais Ribeiro, 1998). A partir de então, a Psicologia começava a ganhar terreno e a aplicar o que hoje em dia é uma das ferramentas da psicologia clínica: os testes psicológicos. Este período também serviu para a Psicologia e a Psiquiatria começarem a trabalhar de uma forma mais próxima (Garfield, 1965).

Em 1935, a *American Psychological Association* (APA) afirmou que a Psicologia Clínica tinha como intuito explicar as aptidões e particularidades do comportamento da pessoa através da observação, avaliação e enquadramento do indivíduo, tendo em conta a sua história de vida (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Posteriormente, Pierón em 1968 definiu que o objectivo da Psicologia Clínica era estudar o comportamento humano através da observação e posteriormente com a reflexão dos casos (individuais ou de grupo), portadores ou não de psicopatologia.

Sendo assim, a Psicologia Clínica teve necessidade de encontrar a sua posição epistemológica através de um aprofundamento teórico que lhe permitisse afirmar-se como ciência. Neste movimento foi necessário trabalhar dois conceitos que se tornaram basilares: o Método Clínico e o Raciocínio Clínico (Pais Ribeiro, 1998).

O Método Clínico tem como objectivo a recolha de informações concretas acerca das doenças que atingem e condicionam a vida dos seres humanos. Este método rege-se por várias fases precisas e lógicas (Schraml, 1973).

Por outro lado, o Raciocínio Clínico é semelhante ao método científico pois a partir de diversos dados de observação ocorrem diversas hipóteses que posteriormente são interpretadas à luz de novas observações, as quais podem ser feitas ao nível da clínica ou em laboratório (Pais Ribeiro, 1988).

Goldman (1991) diz que o raciocínio clínico começa a partir do momento em que se ouvem as queixas do doente que são fornecidas através da anamnese e da observação do técnico. Posteriormente, esta informação é utilizada para formalizar uma hipótese de diagnóstico. No decorrer da obtenção dos dados, o técnico vai conseguindo enquadrar e conhecer o sujeito tendo em conta todas as suas dimensões. Paralelamente é possível avaliar os custos, vantagens ou desvantagens de fazer mais testes/exames ou de começar um acompanhamento psicológico. Todas as decisões são conversadas, discutidas e reflectidas com o doente.

Retomando o aspecto histórico, a psicologia clínica gradualmente começou a ganhar terreno nos hospitais psiquiátricos. Os psicólogos eram os profissionais de eleição para ajudar as pessoas com alterações de comportamento. Segundo Pais Ribeiro, (1998) a psicologia clínica é uma das áreas que desenvolve conhecimentos específicos que permitem realizar intervenções junto de pessoas com alterações de comportamento ou com perturbações mentais. O objectivo principal é ajudar a pessoa a alcançar, dentro do possível, uma harmonia existencial.

Contudo, com o aumento dos serviços de saúde, com a evolução dos fármacos específicos para controlar o comportamento humano e com as críticas severas à forma de internamento da época, começaram a existir serviços de psiquiatria dentro dos hospitais levando à extinção progressiva dos exclusivamente psiquiátricos. Paralelamente os psicólogos que prestavam cuidados aos doentes mentais foram gradualmente introduzidos nos outros serviços de modo a darem apoio às pessoas fisicamente doentes.

Sendo assim, a psicologia clínica que actuava especificamente em doentes com perturbações mentais, começou a alargar a sua área de intervenção, surgindo a necessidade de criar uma área da psicologia direccionada para pessoas com doença física, facto que levou ao desenvolvimento do conceito de Psicologia da Saúde.

Sendo assim, Matarazzo, em 1980 (citado por Ogden, 2004) foi o primeiro a definir o conceito de Psicologia da Saúde. Este tinha como objectivo aplicar técnicas e conhecimentos da psicologia com o intuito de promover e conservar a saúde, prevenir a doença e o seu tratamento. Para tal é necessário ter, tem em atenção todo o ambiente circundante onde a saúde e a doença estão presentes, uma vez que o significado de saúde e de doença muda de acordo com o estatuto socioeconómico, o género e a variedade cultural (Marks, Murray, Evans, Willig & Ogden, 2000).

Segundo este prisma, a psicologia da saúde deriva da combinação de diversas vertentes da Psicologia (Clínica, social, psicobiológica). A finalidade é prevenir e conservar a saúde e, posteriormente o tratamento das mais variadas doenças (Simon, 1993). Em suma, o objectivo principal da psicologia da saúde é perceber como é que se pode intervir psicologicamente, para ajudar/promover o bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Desta forma, os psicólogos da saúde têm uma área de intervenção bastante abrangente, nomeadamente:

- Na promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando de maneira a fortalecer a saúde e reduzir o risco de adoecer.
- Podem estar inseridos no ensino, na formação e na investigação.

Contudo, existem autores que consideram que a psicologia clínica e a psicologia da saúde deviam fundir-se (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987), pois a intervenção do psicólogo da saúde é idêntica à intervenção de um psicólogo clínico. Desta forma surge o que muitos autores denominam atualmente de “Psicologia Clínica da Saúde”.

Não é consensual esta perspectiva para todos os autores que se têm debruçado sobre a distinção das áreas de intervenção. Para muitos a psicologia clínica resume-se a

uma prática realizada no âmbito de saúde mental enquanto que a psicologia da saúde tem uma abrangência mais lata quer no que diz respeito às problemáticas pessoais quer na possibilidade de intervenção em vários contextos (Pais Ribeiro, 1998).

Apraz-nos sublinhar que a prática de intervenções no âmbito da Psicologia da Saúde foi uma das áreas que tivemos oportunidade de experienciar no decorrer do estágio quando nos deslocávamos ao internamento.

2.2. Psicologia Clínica Infantil versus Psicologia Pediátrica

A definição e a função da psicologia pediátrica tem sido tema de debate ao longo do tempo. O psicólogo pediátrico tem uma intervenção mais direccionada para as questões relacionadas com o comportamento e desenvolvimento das crianças, ou seja, intervém fora do contexto psiquiátrico, enquanto, que o psicólogo clínico infantil tem o seu trabalho mais direccionado para questões relacionadas com a saúde mental (psicopatologia) (Pires & Pires, 1995).

O autor acima referido também diferencia os locais de trabalho e as formas de intervenção dos psicólogos. Sendo assim, os psicólogos pediátricos trabalham nas clínicas, serviços e unidades pediátricas, as suas intervenções menos duradoras, os outros Psicólogos clínicos infantis, trabalham nas clínicas ou serviços de saúde mental e atuam com tratamentos mais demorados no tempo.

Por outro lado, Viana & Almeida (1998) referem que as áreas com maior prioridade de intervenção dos psicólogos pediátricos são: as alterações de comportamento, as doenças crónicas e o acompanhamento psicológico.

A psicologia pediátrica tem vindo a ganhar espaço através do seu trabalho diário com os doentes, caracterizando-se por uma prática multidisciplinar com traços humanistas (Pires & Pires, 1995). Esta cresceu a partir de algumas carências, pois em muitos serviços existiam necessidades humanas que não estavam a ser suprimidas. O psicólogo pediátrico apoia as crianças com carências provenientes da sua condição física crónica, dificuldades de desenvolvimento, ou da própria situação de hospitalização (Pedinelli, 1999).

Inversamente, a psicologia clínica infantil tem como objectivo tratar a pessoa individualmente, centrado principalmente nos problemas psiquiátricos. Este tipo de

intervenção é feito maioritariamente nos consultórios particulares ou nos serviços de psicologia e saúde mental da infância e da adolescência dos hospitais. Nestas circunstâncias o psicólogo faz a avaliação do caso e traça um plano terapêutico adequado às necessidades de cada criança (Leal, 2005).

Por fim, enfatizamos que foi nesta vertente que o nosso estágio teve maior incidência.

2.3. Papel do Psicólogo

O psicólogo é o profissional que se interessa pelas problemáticas do humano vivenciado ao longo da vida, interferindo em diferentes contextos do tecido sociocultural. A sua atividade abrange a prevenção, o tratamento e a promoção da saúde com o objetivo da pessoa encontrar o seu bem-estar. Neste sentido o seu papel é muito importante a vários níveis podendo ser realçados os processos de diagnóstico, avaliação psicológica e de acompanhamento psicoafectivo. No caso das crianças salienta-se também o acompanhamento das famílias e das pessoas que as rodeiam.

Existem diversos modelos teóricos para intervir na Psicologia Pediátrica, com um carácter humanista e multidisciplinar. O psicólogo pediátrico trabalha com uma população muito específica onde a faixa etária varia dos zero até aos dezoito anos e o tipo de intervenção psicológica difere de acordo com o quadro teórico em que se situa e, com os objectivos/expectativas que cada instituição possui (Pires & Pires, 1995).

O intuito é apoiar crianças em risco, ajudar no tratamento e na sua recuperação, mas também prestar apoio à sua família. Constata-se, que o psicólogo pediátrico tem um trabalho muito amplo, pois não se limita só à doença mas também intervém na criança saudável que, de algum modo, precisa de ser ajudada, principalmente ao nível da prevenção e alteração da conduta e numa intervenção prematura seja ao nível psicológico como psicossocial, que aparecem no contexto pediátrico (Viana & Almeida, 1990).

Assim, a intervenção do psicólogo pediátrico pressupõe-se que é exercida no ambiente multidisciplinar, direccionada à criança, à família e também aos outros técnicos de saúde. Esta atuação tem três níveis de prevenção:

1.º Nível de intervenção é fornecido à população (comunidade e crianças) informações para estimular comportamentos saudáveis e evitar hábitos de vida de risco,

tais como, costumes alimentares, cuidados físicos de higiene, entre outros (Rodriguez & Hermida, 1995). Este tipo de intervenção tem como objetivo: ajudar na qualidade de vida na infância e futuramente influenciar o estilo de vida de moço a que seja mais saudável (Roberts, 1993).

Os pais são, efetivamente, muito importantes ao longo deste processo pois funcionam como ponte entre a criança e o técnico. Assim, é necessário intervir junto deles, uma vez que os problemas de saúde infantil são inseparáveis das atitudes e da conduta dos pais. Só com esta articulação é que a intervenção se realiza com sucesso (Wright, 1993).

2.º Nível de intervenção: direcionada para os indivíduos onde já existem factores de risco instalados. O objectivo do psicólogo é trabalhar sobre os comportamentos que os provocam. Nestas situações a equipa multidisciplinar intervém em várias áreas, complementando-se os tratamentos médicos com o trabalho do psicológico (Rodriguez & Hermida, 1995).

3º Nível de intervenção é pressuposto a partilha da informação com os outros técnicos de modo a evitar retrocessos e efeitos adversos.

O psicólogo é o facilitador da comunicação entre a equipa técnica e as famílias tendo como função principal esclarecer as famílias de modo a que as suas expectativas estejam mais em consonância com a realidade. O Psicólogo tem um papel ativo ao nível do internamento como no ambulatório e intervém em diversas áreas, consulta com o psicólogo, consultas de outras especialidades e no apoio psicológico à criança como à família da mesma (Mesibov, 1991).

Como foi referido acima, cada psicólogo tem uma forma diferente de intervir, dependendo do quadro de referências em que se situa. No caso específico de um psicólogo cuja orientação está de acordo com a perspectiva da abordagem centrada na pessoa, (uma intervenção humanista), mantém uma postura de confiança nas capacidades de auto-organização da pessoa, o que implica ter um olhar incondicional positivo (não fazendo juízos de valor) no decorrer do processo relacional que é estabelecido na intervenção (Rogers, 2004).

Uma das condições importantes para o paciente pedir ajuda é o de sentir-se incongruente, (sentir necessidade de ajuda) e estar disposto a construir uma relação com o psicólogo que lhe permita mudar e encontrar uma maior harmonia consigo e com os outros. Rogers, fundador do modelo terapêutico de Terapia Centrada no Cliente,

postulava a existência de um movimento direccional em todo o universo e que no caso do humano designou de tendência actualizante. Esta, está presente em todos os organismos vivos, agindo no humano desde a formação de ovo e é constante no processo de desenvolvimento da pessoa. O autor supra citado, considera que para a actualização das potencialidades do organismo é necessário a existência de condições específicas ou atitudes fundamentais.

Uma destas atitudes é a capacidade de compreensão empática do técnico. Segundo Rogers (2009) a compreensão empática é a capacidade que o técnico tem para conseguir entrar no campo de experiências do outro, de forma a conseguir ver o mundo da mesma forma que o outro o vê.

Pode-se dizer que a compreensão empática permite ao cliente através do seu técnico aceder aos seus sentimentos de uma forma mais clara, respeitando sempre as suas ideias e os seus sentimentos, sem nunca fazer juízos de valor. É fundamental criar uma relação sólida pois é a base para que o acompanhamento tenha sucesso. O psicólogo tem de ser autêntico com o seu paciente para que este se sinta compreendido e confiante na relação, facto que pressupõe uma atitude de congruência por parte do técnico na expressão da confiança nas capacidades de auto-organização (Rogers, 2009).

A partir do momento que o psicólogo aceita e ouve o seu cliente sem qualquer juízo de valor, o paciente aumenta compreensão de si mesmo, permitindo-lhe ter uma melhor discriminação da realidade (Rogers, 2009).

2.4. Especificidades da Intervenção usada no Acompanhamento – Ludoterapia

A ludoterapia é um tratamento psicoterapêutico, que tem como objectivo facilitar a expressão e o desenvolvimento da criança.

Segundo Axline (1972) “a Ludoterapia é baseada no facto de que o jogo é um meio natural de auto expressão da criança. É uma oportunidade dada à criança de se libertar dos sentimentos e problemas através do brinquedo” (p.9). É, pois, um meio para encontrar novas soluções relativamente à forma como vai lidar com os seus problemas.

A ludoterapia numa perspectiva humanista tem por base uma atitude de confiança sobre as capacidades da criança. O trabalho inicia-se tendo em consideração as suas capacidades, expectativas e vai até onde a criança for capaz de chegar. De acordo com a

opinião de Axline (1972), não é necessário haver entrevistas de diagnóstico antes de iniciar o processo de acompanhamento psicológico.

Axline diz que o passado da criança é algo ultrapassado, e assim, mexer no passado retira a oportunidade de crescimento nesse período de tempo. Contudo, se a criança achar importante falar de alguma situação que tenha experienciado no passado, o terapeuta deve prestar atenção, mas nunca deverá reforçar questões ou problemáticas (Axline, 1972).

A pessoa inicia um processo de mudança a partir do momento que lhe são dadas condições de compreensão e de aceitação que a encorajem a experienciar o seu valor pessoal e a clarificar os seus sentimentos e emoções relativamente ao campo experiencial (Baldwin & Cline, 1991).

Através do jogo a criança expressa o seu mundo interior, atualiza as potencialidades que lhe são inerentes e que lhe vão permitir integrar no mundo que a rodeia (Chateau, 1987).

Baldwin e Cline (1991) referem que no contexto da ludoterapia consegue-se gerar um ambiente estável, não se deve pressionar a criança para falar/expressar determinado assunto que o técnico possa considerar importante. O ritmo da criança deve ser respeitado, isto é, à medida que se vai sentindo preparada/segura surge a exploração da vivência do seu mundo.

Sendo assim, quando a criança brinca o seu ser está integralmente presente, é uma atividade complexa que envolve diferentes dimensões: física, mental, social e emocional. É um meio privilegiado para exteriorizar os seus sentimentos de uma forma natural. Para o adulto falar é a forma mais “cómoda” de se expressar, enquanto a criança fá-lo com mais facilidade através do jogo (Homem, 2009).

Winnicott (1975) considera que brincar é um acto criativo, é uma forma que a criança tem para manifestar as suas emoções que estão inconscientes. Para o autor, brincar é um meio de enriquecimento para a criança, pois é a partir da brincadeira que a sua capacidade para compreender o mundo real vai aumentando.

Existem vários modelos teóricos que sustentam a intervenção no âmbito da ludoterapia, psicanalítico, cognitivo-comportamental e centrado no cliente. Como no desenvolvimento do nosso trabalho de estágio nos inspiramos na filosofia e nos princípios que estão subjacentes no modelo da terapia centrada no cliente, consideramos ser

pertinente apresentar uma breve abordagem dos fundamentos básicos deste modelo de relação de ajuda.

2.5. Psicoterapia Centrada no Cliente

A Psicoterapia Centrada no Cliente (PCC) tem origem no pensamento de Carl Rogers. É uma alternativa aos métodos de orientação directiva tanto ao nível do processo terapêutico, como no diagnóstico (Nogueira, 2002).

A PCC tem por base uma “visão holística da pessoa” e segundo Brodley (1991) a intervenção psicoterapêutica assenta em três pilares fundamentais: o conceito de tendência actualizante, o de não-directividade do terapeuta e, o da existência das seis condições necessárias e suficientes (Rogers, 2004).

Cada ser humano nasce com potencialidades específicas, no entanto, no “seu universo” podem não existir as condições ideais para que elas se atualizem, ocasionando bloqueios e traumatismos que fazem com que haja um afastamento entre o *self ideal* do *self organísmico e real* (Hipólito, 2011).

Contudo, segundo Hipólito (2011) a existência de traumatismos ao longo da vida propícia ao indivíduo o desenvolvimento de “forças de auto-cura”.

O conceito de tendência atualizante é definido por Rogers da seguinte forma “(...) é uma tendência evolutiva (...). Na espécie humana ela desenvolve-se a partir de uma simples origem celular, até ao funcionamento orgânico complexo” (1959, pp. 184, 185). Desencadeia-se, assim, um processo de complexificação que permite o desenvolvimento do organismo que se torna pessoa.

Contudo, para que seja possível a mudança da pessoa no contexto da relação terapeuta-cliente é necessário que estejam presentes as seis condições necessárias e suficientes descritas por Rogers (2004), ou seja, o paciente e o terapeuta têm de estar em contato psicológico; o cliente tem de estar incongruente, assumindo a sua necessidade de ajuda; o terapeuta deve de estar congruente no âmbito da relação; o terapeuta deve manter um olhar incondicional positivo para com o seu cliente; o terapeuta expressa ao cliente o seu entendimento do que se está a desenvolver na relação através de respostas de compreensão empática. Por fim a atitude de presença do terapeuta é também uma das condições importantes (Hipólito, 2011).

No ponto de vista do autor, se estas condições estiverem presentes existe mudança no cliente, no entanto, na ausência de uma das condições não haverá mudança terapêutica.

Esta mudança tem como objetivo fazer com que a pessoa diminua a inflexibilidade dos seus pensamentos ou atitudes, aumenta o conhecimento sobre si mesmo e diminui a discrepância entre o eu e aquilo que a pessoa acredita como eu desejado. A mudança permite com que a pessoa aumente a sua capacidade para lidar com situações novas e inesperadas.

A atitude não-directiva é uma posição que o terapeuta coloca em relação ao seu cliente. Segundo Rogers (2004), o terapeuta tem a responsabilidade de gerar as condições para que, o cliente se reestruture e reencontre o seu caminho. Parte do pressuposto de que todas em facilitadora, interna e externa, para que este processo se desenvolva. Esta atitude potencializa a comunicação do cliente consigo próprio (Cyssau, 2005).

2.6. Ludoterapia Centrada na Criança/ Cliente

Contudo, a Ludoterapia Centrada na Criança é uma das possíveis operacionalizações da Terapia Centrada no Cliente. De acordo com Rogers, a terapia pelo Jogo Centrada no Cliente não surgiu como algo totalmente concluído, pois muitos dos pressupostos e maneiras de atuar derivam de outras orientações.

Segundo Rogers, a Terapia Centrada no Cliente foi buscar à teoria de Freud os conceitos do significado da conduta aparentemente não motivada, de permissividade e de catarse. Contudo, Rogers também utilizou conceitos de Rank, aproveitou a posição menos rígida do terapeuta, começou a dar grande importância aos sentimentos expressos, dando liberdade a criança para utilizar a sessão como quiser (Moustakas, 1953). Rogers progressivamente foi descobrindo um novo modo de lidar com as crianças e com as suas famílias através da experiência que foi adquirindo. Começou a praticar uma abordagem terapêutica não-directiva, onde a criança é que direcciona o seu processo (Homem, 2009).

A ludoterapia centrada na criança tem por base os pressupostos teóricos de Rogers os quais determinam a intervenção em termos terapêuticos.

De uma forma sintética podemos dizer que o autor tem confiança na capacidade de auto-organização de um organismo, desde que existam condições propícias para atualizar as suas potencialidades.

Segundo Axline (1972), é através do brinquedo que a criança consegue exprimir-se, libertando-se dos sentimentos de tensão e angústia. Para a autora, para além dos “materiais” lúdicos o essencial é a qualidade das atitudes do técnico no estabelecimento da relação com a criança.

Como tal, em cada encontro terapêutico, o ponto-chave, está em acreditar nas capacidades/potencialidades da criança de maneira a conseguir ajudá-la a encontrar o melhor caminho, aceitando as suas acções, forma de ser e de se expressar sem fazer juízos de valor. Quando a criança é aceite e reconhecida na sua plenitude, cresce enquanto pessoa e ocorre a mudança terapêutica (Moustakas, 1953).

A atitude de respeito pelo movimento da criança tem implícito que o técnico acredita na capacidade que este tem para solucionar os seus próprios problemas desde que isso lhe seja permitido. Efectivamente, ela começa a aprender a responsabilizar-se pelas suas escolhas. Tal acontece, porque o essencial da mudança brota do seu interior, resultando do *insight* que alcançou (Axline, 1972).

No setting ludoterapêutico a criança pode-se confrontar-se com situações que não aparecem no seu dia-a-dia, é pois, um momento exclusivo para ela, no qual o terapeuta a pode acompanhar, compreender, sem nunca direccionar o processo.

Axline em (1972) estabeleceu oito princípios que ajudam a orientar o terapeuta:

1. O terapeuta deve criar um bom relacionamento com a criança;
2. O terapeuta deve aceitar a criança tal como ela é sem nunca a tentar influenciar ou modificar;
3. O terapeuta tem uma atitude mais aceitante de modo a que a criança se sinta mais a vontade, para se libertar e se sinta confiante para expressar os seus sentimentos;
4. O terapeuta deve estar em permanência atento à criança pois só assim consegue identificar os sentimentos que está a expressar mas também para a refletir e torná-la consciente do seu comportamento.
5. O terapeuta tem confiança na criança e acredita que esta tem capacidade para resolver os seus próprios problemas. Desta forma, a criança é responsabilizada pelas suas escolhas ou mudanças;
6. O terapeuta não direcciona as conversas ou as acções da criança, pois é esta que assinala o percurso e o terapeuta segue-o;

7. O terapeuta não reduz a sessão da terapia. Todo o processo é progressivo;

8. O terapeuta estabelece apenas os limites necessários que têm a função de ajudar a criança a estruturar-se no aqui e agora da relação.

Para facilitar este processo de conhecimento e de crescimento de si, existem vários aspectos que são fundamentais e que envolvem o ambiente onde ocorre a Ludoterapia: as atitudes do terapeuta, o valor dos limites e a participação indirecta dos pais ou tutores da criança.

Segundo Rogers é essencial estabelecer um ambiente onde o cliente possa libertar-se das forças que lhe dificultam o seu crescimento individual e que possibilite um crescimento auto-iniciado (Rogers, 1974). Assim sendo, a sala de ludoterapia é um lugar de crescimento, onde através do jogo e das atitudes de compreensão empática e de cuidado incondicional do terapeuta, a criança expressa livremente as suas experiências e vivências. Este processo facilita a integração da sua especificidade pessoal.

O espaço físico deverá permitir manter a higiene e segurança, pois é nela que decorre a terapia e é um dos elementos que facilita o processo (Axline, 1972). A sala tem um conjunto de material lúdico. O que motiva a criança a entrar no jogo criando situações do seu quotidiano ou imaginário. O jogo simboliza os sentimentos da criança, por sua vez, o terapeuta tenta compreender o significado da sua subjectividade e, posteriormente tenta traduzir o comportamento simbólico em palavras. O terapeuta devolve o que percebeu do seu comportamento ou verbalizações através de uma resposta de compreensão empática (Axline, 1972).

O material mais utilizado consiste em animais selvagens, animais domésticos, soldadinhos, teatros, fantoches, bonecas e bonecos que representam a família, canetas e lápis de cor, bola, utensílios de cozinha entre outros (Axline, 1972). Temos de realçar que o material escolhido para integrar na caixa lúdica não é escolhido de forma aleatória. É importante dizer que estes objetos não são “brinquedos”, mas sim materiais que permitem estabelecer uma conversa com a criança e através deles a criança consegue expressar o seu mundo interior. A caixa ludoterapêutica deve conter tanto materiais estruturados como não estruturados de modo a beneficiar a projecção da criança (Affonso, 2012). Segundo Axline (1972) os materiais mecânicos não devem ser escolhidos, porque remetem para uma actividade específica e podem quebrar a criatividade. Deste modo, é fundamental ter em consideração a escolha dos materiais que facilitem a, criatividade e

não direccionam a criança para uma determinada problemática que possa não estar preparada ou não queira para falar. Não quer com isto dizer, que com estes materiais não se possa obter informações pertinentes, no entanto, deve ser dado espaço e tempo para que a criança em função do seu ritmo de exploração os utilize. Por exemplo os materiais que possibilitam a representação da família, direccionam a criança para determinadas vivências familiares possibilitando ao técnico compreender as dinâmicas familiares. Todos os materiais devem ser fáceis de manipular para que a criança tenha facilidade em manobrá-los a fim de evitar frustrações (Affonso, 2012). Este material deve estar guardado num local visível e de fácil acesso às crianças. Segundo a autora, os brinquedos devem estar todos expostos para a criança ter consciência de todas as possibilidades existentes. O terapeuta não deve interferir ou escolher os brinquedos, pois se assim acontecer, pode condicionar a expressão da criança e posteriormente o sucesso da terapia (Axline, 1972).

Por vezes, a criança entra neste contexto relacional com medo, cuidadosa ou entusiasmada, sendo assim, o primeiro contacto entre terapeuta e criança é extremamente importante para o sucesso da terapia.

O técnico deve criar uma relação sólida com a criança, pois só assim esta consegue mostra o seu verdadeiro eu. No entanto, com a agitação das rotinas diárias, torna-se cada vez mais difícil as crianças manterem relacionamentos âmagos com adultos que lhe possibilitem expressar verdadeiramente o seu interior (Axline, 1972).

A atitude do terapeuta é muito importante, como tal, a sua postura é um dos pontos-chave para o sucesso da terapia. É fundamental que a criança perceba qual é o papel do terapeuta, pois muitas vezes, pode ser visto como um professor ou uma pessoa capaz de substituir os pais. Contudo, apesar de se falar que neste modelo teórico caracteriza-se por uma intervenção não directiva há que salientar que não existe passividade, muito pelo contrário, o terapeuta dever estar sensível e com atenção a tudo o que é dito pela criança seja através de uma linguagem verbal ou não verbal.

O terapeuta deve ter uma atitude complacente e de aceitação incondicional positiva, mostrando a criança a honestidade que existe para com ela. De forma alguma, o terapeuta deve mostrar dúvidas ou inseguranças acerca das suas capacidades. O ambiente deve ser descontraído, relaxante de forma a promover a segurança para que a criança ganhe confiança e partilhe o seu mundo (Axline, 1972).

O terapeuta também deverá ter cuidado com o excessivo envolvimento emocional com a criança, isto porque, pode invalidar todo o processo terapêutico (Axline, 1972). Na primeira sessão são explicados à criança os princípios/limites, apesar de embora poucos, são de extrema importância. Os limites assentam mais no sigilo, no respeito pelo terapeuta e no tempo de duração da sessão. Tudo isto é transmitido à criança fundamentalmente através da relação estabelecida entre ambos (terapeuta/criança). Axline (1972) refere que os limites devem apenas ser esclarecidos quando surgem na terapia, no entanto, quando são usados com inteligência servem até para estabelecer uma ligação entre a sessão terapêutica e o mundo da realidade.

De acordo com a opinião de outros técnicos é muito importante recolher a anamnese, que é feito através de entrevistas com os pais e/ou tutores. As informações recolhidas são partilhadas com a criança. O objectivo pretendido é que a relação entre ambos seja a mais honesta e autêntica possível, para que a criança se sinta respeitada, segura e que está numa relação de confiança com o terapeuta.

É importante também mencionar que esta terapia pode ser feita individualmente, mas também é possível fazê-la em grupo o que poderá ter vantagens. A criança tem a possibilidade de conviver com outras crianças o que obriga o terapeuta a estar ainda mais atento às suas interações e conseguir respeitar os sentimentos de cada uma das crianças.

Esta forma de trabalhar pode ser mais adequada quando a problemática da criança tem por base algum problema de integração social, contudo, se a criança tiver dificuldades emocionais, a terapia individual, em princípio é a mais adequada (Axline, 1972).

A maior parte das crianças quando iniciam um processo terapêutico não sabem exactamente o que vão fazer e para que serve. É fundamental explicar à criança numa linguagem apropriada qual o objetivo do “trabalho” que naquele espaço e tempo vai ser desenvolvido em conjunto (Axline, 1972).

2.7. Ludoterapia em contexto hospitalar

A vulnerabilidade da criança hospitalizada não inválida que, criadas as condições ambientais, psicológicas e relacionais, não se possa promover o seu crescimento.

A equipa deve estar preparada para auxiliar a criança a ultrapassar as perturbações afectivas e comportamentais. Não ignorando ou minimizando os aspectos físicos, deve

considerar-se também a dimensão psicoafectiva da criança. A atividade lúdica é um meio importante para a criança poder expressar a dor a angústia e os medos resultantes do seu estado de enfermidade. A comunicação deve ser livre e sem preconceitos, pois permite que ganhe confiança com quem a rodeia e, assim não terá dificuldade em expressar o que sente.

Por vezes quando brinca, a criança parece não estar doente. Na medida em que a actividade lúdica e o mundo de fantasia lhe permitem reconstruir a sua forma de estar no mundo. Sendo o tratamento hospitalar imposto/obrigatório, a brincadeira é um momento em que a criança tem poder de escolha.

Em suma, como já foi referido anteriormente a Ludoterapia é fruto de contribuições de vários modelos teóricos, nomeadamente os seguidores dinâmicos, os cognitivo-comportamentais e os humanistas. Todos têm como objectivo principal ajudar a criança a ultrapassar as suas dificuldades e o seu sofrimento, nomeadamente quando se encontra em contexto de hospitalização (Mitre e Gomes, 2004).

2.8. Perturbações da Infância e da Adolescência

As perturbações mentais podem surgir em qualquer fase da vida do ser humano. As perturbações tanto emocionais como do comportamento na infância e adolescência foram analisadas em vários estudos (Marques & Cêpeda, 2009). Tendo em conta os dados fornecidos pela Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) dez por cento das crianças têm problemas ao nível da saúde mental, no entanto nem todas tem o acompanhamento necessário. Segundo a mesma fonte estes valores estão em constante crescimento. Assim, quanto mais precoce for o diagnóstico e as estratégias para prevenção feitas melhor serão os resultados e as intervenções também passarão a ser mais curtas no tempo.

De acordo com o CID – 10 as perturbações pode-se separar em dois grupos, que atualmente representam 90% das perturbações ao nível psicológico na infância. Segundo as autoras (Marques & Cêpeda, 2009), temos as perturbações do desenvolvimento psicológico e, as perturbações do comportamento e emocionais. No entanto, não se pode deixar de mencionar que muitas perturbações que são detectadas nos adultos podem ter surgido em tenra idade, como por exemplo, a depressão, que pode ser diagnosticada numa fase precoce da vida.

Sendo o nosso trabalho um relatório de estágio académico consideramos pertinente descrever de uma forma detalhada as patologias que, com maior prevalência, encontrámos ao longo do nosso estágio. São enumeradas as seguintes: hiperatividade e défice de atenção; dificuldades de aprendizagem; perturbações da ansiedade, alterações do comportamento, reação de adaptação a doença somática (criança); reação de adaptação a doença somática (Pais). Na figura 1 é apresentado um gráfico que corresponde ao ano 2013. Este gráfico revela dados mais precisos acerca das perturbações que aparecem com mais frequência no serviço onde estivemos inseridos.

No entanto, não podemos de deixar de dizer que apesar de não constar no gráfico a verdade é que muitas famílias das crianças seguidas no serviço tem consultas de terapia familiar, visto que os desequilíbrios das crianças e adolescentes, muitas vezes tem por base um ambiente familiar desfavorável ao desenvolvimento e crescimento dos mesmos enquanto pessoas.

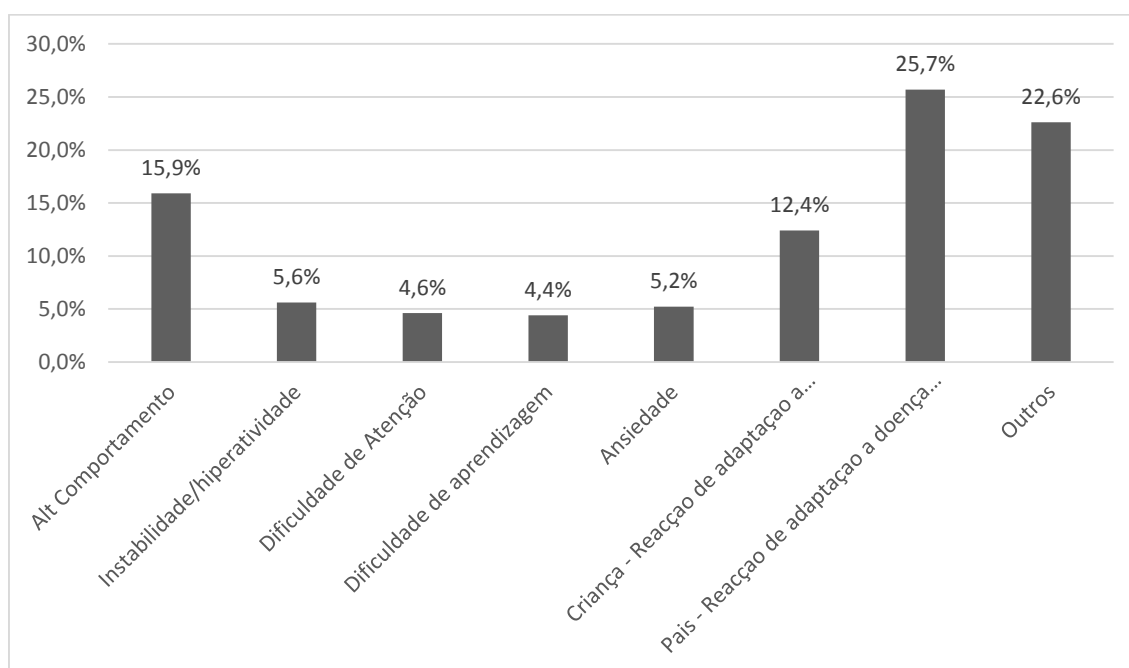


Figura 1 - Motivos mais frequentes de pedidos de consulta no ano 2013.

2.8.1. Hiperatividade/ défice de atenção.

O aumento da atividade motora é o sintoma principal da perturbação da hiperatividade. A estes sintomas estão associados outros como o défice da atenção e a impulsividade. Estes sinais são de longa duração e surgem principalmente em casa, na escola e em situações do dia-a-dia. Esta perturbação surge numa fase precoce da vida e normalmente está relacionada com problemas de desenvolvimento e do comportamento (Fernandes & António, 2004).

O diagnóstico deve ser feito de uma forma cuidada, principalmente em crianças de idade pré-escolar, pois existe uma diferença significativa entre estas e a outras que consideramos serem dinâmicas. Uma das características a assinalar é a dificuldade destas crianças é a de ficarem mais de vinte minutos quietas ou inseridas em atividades que exijam concentração (Fernandes & António, 2004).

Na idade escolar e posteriormente na adolescência apesar de permanecerem os mesmos sintomas estes não estão tão vinculados, no entanto, a inquietação permanecem, tal com o défice de atenção e a impulsividade. É necessário verificar se os sintomas acima referidos, possam ser a causa do insucesso escolar, de dificuldade em estabelecer interações com os pares, se interfere na dinâmica familiar e se isso causa de tristeza à criança (Marques & Cêpeda, 2009).

É necessário explicar/esclarecer os pais em que consiste esta perturbação de forma a ajudar a retirar a ideia de que o filho é “mau”. Isto não quer dizer que a criança não seja responsabilizada pelas suas atitudes e as situações criadas. É fundamental ter as regras e limites bem estabelecidos, valorizando as suas atitudes positivas fazendo com que a relação com os pais seja a mais acolhedora possível (Marques & Cêpeda, 2009).

No contexto escolar é crucial a professora estar munida de todas as informações relevantes da criança acerca da sua perturbação, para que esta possa ter uma atitude mais próxima de forma a ajudar a criança a encontrar comportamentos mais adaptativos às situações. Estas crianças devem estar inseridas em turmas com um número reduzido de elementos e com currículo adaptado às suas necessidades (Rohdea, Barbosab, Tramontinac & Polanczykd, 2000).

2.8.2. Dificuldades de Aprendizagem.

As dificuldades de aprendizagem podem ter uma prevalência variável (de dois a dez por cento), podem integrar um vasto leque de situações e podem ter início numa fase prematura da vida. Estão relacionadas com várias questões, nomeadamente, individuais e socioculturais como a sua integração dos diferentes contextos do tecido social (Marques & Cêpeda, 2009).

Os factores de risco também são muito variáveis e, por isso, é necessário uma análise cuidada de cada caso. As dificuldades de aprendizagem surgem, normalmente, quando existe um défice cognitivo, défice sensorial tanto ao nível da visão como da audição, dificuldades específicas da aprendizagem, problemas emocionais e do comportamento e, ainda, um atraso de linguagem (Correia, 2004).

Na primeira fase da intervenção deve-se fazer um despiste para compreender melhor a criança em questão. Posteriormente, é útil fazer um trabalho em conjunto com a escola, propondo estratégias que podem ser pedagógicas ou relacionais com a ajuda dos professores baseadas nas necessidades da criança, ou seja, deve-se elaborar um currículo adaptado às suas dificuldades (Correia, 2004).

Os pais devem ser alertados para as possibilidades que atualmente existem para poder intervir de forma a conseguirem atenuar as problemáticas dos seus filhos. Quando se verifica um atraso no desenvolvimento, a criança deverá ser seguida por um pediatra ou se por sua vez apresentar alterações ao nível emocional ou de comportamento a criança deverá ser vista por um pedopsiquiatra. Tudo isto tem um único objectivo, suprimir ao máximo as dificuldades que a criança apresenta da forma mais favorável possível (Marques & Cêpeda, 2009).

2.8.3. Perturbações da Ansiedade.

Uma criança com perturbação da ansiedade manifesta medos desproporcionados ou desajustados, tendo em conta a sua faixa etária. Contudo, pode tornar-se uma situação patológica quando é muito forte e continuada, prejudicando o dia-a-dia da criança, tanto ao nível da socialização como da autonomia, o que, posteriormente influenciará o seu desenvolvimento (Carlson & Rose, 2007).

No entanto, surgem sintomas de ansiedade nas fases iniciais do desenvolvimento, tais como a ansiedade de separação que pode ser considerada normal em crianças entre os dois/três anos, no entanto, começa a ser patológico se acontecer a partir dos oito anos, por exemplo (Marques & Cêpeda, 2009).

Segundo o DSM IV-TR (2000), a ansiedade está instalada se o indivíduo possuir três destes sintomas: agitação, nervosismo, cansaço fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou dificuldades em adormecer, se estes sintomas se manifestarem mais de metade dos dias e se persistirem mais de 6 meses.

A história familiar é muito importantes, pois pais muito protetores e ansiosos ou, com historial psiquiátrico. Família portadora de certos tipos de fobias podem desencadear ansiedade nas crianças (Marques & Cêpeda, 2009).

O técnico deve aconselhar os pais a manterem uma atitude segura, pois é uma maneira de apaziguar a criança, para conseguirem ajudar a criança a encarar a sua própria problemática. Os pais devem saber que podem recorrer à consulta de Pedopsiquiatria se os sintomas não desaparecerem ou agravarem e se estes condicionarem o dia-a-dia da criança (Eisenstein, 2006; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009).

2.8.4. Alterações de Comportamento.

As perturbações de comportamento podem-se dividir em dois grupos: perturbações de oposição e perturbações do comportamento propriamente ditas, ou seja, a criança tem muita dificuldade em aceitar regras, a passagem ao acto é feita com agressividade. Essas atitudes estão acompanhadas de frustração ou condutas antissociais, como por exemplo, furtos, mentiras, destruição de materiais (Marques & Cêpeda, 2009).

As perturbações de oposição são consideradas como as de menos gravidade no âmbito das perturbações de comportamento e têm mais incidência no género masculino e em idade escolar.

Nesta fase etária são constantes os comportamentos hétero-agressivos, no entanto, vão-se extinguindo com o início da adolescência começando a ganhar mais peso os antissociais (Marques & Cêpeda, 2009).

Os factores de risco podem ser vários, tais como, a criança ter experienciado precocemente situações traumáticas, vítima de maus-tratos, falta de congruência das

regras/limites, patologia mental ou comportamentos aditivos por parte de algum progenitor (Marques & Cêpeda, 2009).

O técnico deve aconselhar os pais sobre a melhor forma de lidar com a criança, como por exemplo, não a expor a situações de violência nem a punir fisicamente. As regras devem ser coerentes e os pais devem ser uma ponte entre a escola e a criança de forma a facilitar a integração com os pares (Marques & Cêpeda, 2009).

2.8.5. Reação de Adaptação a Doença Somática (criança).

As perturbações somáticas tem de base uma causa psicológica e são visíveis através de vários sintomas (Marques & Cêpeda, 2009). Estas crianças geralmente reproduzem alguns sintomas que observaram da doença de algum familiar. Normalmente, a criança não tem consciência de que existe uma relação entre os sintomas e o problema psicológico que está implícito (Marques & Cêpeda, 2009).

No entanto, existem vários tipos de perturbações somáticas: a perturbação de conversão (quando um problema psicológico transforma-se num sintoma físico), a perturbação de somatização (muito idêntica a perturbação de conversão, no entanto, os sintomas são mais vagos) e a hipocondria (preocupação excessiva com a funções do seu corpo, no entanto, não existe doença física). Porém, estas problemáticas também se podem encontrar nos adultos de ambos os géneros, no entanto, é mais frequente no género feminino. (Marques & Cêpeda, 2009).

Em relação ao diagnóstico, o médico deverá excluir a hipótese que a criança não possui nenhuma doença física, no entanto, também não é feita uma bateria de exames muito extensa, para que a criança não pondere a hipótese que possui algum problema orgânico. Após os resultados se não for diagnosticado nenhuma doença física a criança será encaminhada para uma consulta de psicologia.

A criança pode recusar ir ao psicólogo, porque pode sentir-se pressionada a falar sobre o assunto. Por esta razão, as primeiras consultas devem ter uma curta duração para que a criança progressivamente crie confiança com o técnico. Com o aumento da confiança e com o apoio dos familiares os sintomas físicos diminuem. Se não se conseguirem alcançar os resultados a criança terá de ser observada por uma pedopsiquiatra (Marques & Cêpeda, 2009).

2.8.6. Reação de Adaptação a Doença Somática (Pais).

Como já foi referido acima, a perturbação somática tem por base um problema psicológico. No entanto, segundo o CID-10, esta incide no género feminino. Existem vários sintomas associados e acompanham a pessoa ao longo de muitos anos, antes que o paciente seja visto na consulta de psiquiatra. Os sintomas surgem em qualquer parte do corpo, tais como, dor, vômito, náusea, prurido, dormência dos membros, entre outros. A depressão e a ansiedade surgem muitas vezes e estas podem justificar um tratamento mais específico.

Porém, após esta breve descrição sobre as perturbações mais frequentes no serviço, vamos debruçarmo-nos detalhadamente sobre o Mutismo, pois é a perturbação do caso acompanhado ao longo do estágio. Devido à escassez de casos, pois é rara esta perturbação (mutismo), por este motivo não constou no gráfico.

2.9. Mutismo

A ansiedade e o medo são indispensáveis para um desenvolvimento normal e saudável do ser humano, pois fazem com que este se adapte e proteja das mais variadas situações com que se depara, sejam elas reais ou não. Em crianças em idade pré-escolar os medos são mais concretos, como por exemplo, medo de se separar do cuidador, dos monstros e do escuro. Sendo assim, consideram-se despropositados quando são muito intensos, persistentes ou que influenciam negativamente o dia-a-dia da criança (Teiga, 2014). Estes podem ser muito diversos, tais como cefaleias, medo de separação (especialmente das figuras significativas), comportamentos regressivos entre outros. Contudo, podemos diferenciar vários tipos de perturbações da ansiedade:

- Perturbação da ansiedade de separação;
- Mutismo;
- Perturbação da ansiedade generalizada;
- Perturbação da ansiedade social (Fobia social);
- Fobia específica;
- Perturbação de pânico

A nossa pesquisa vai-se centrar numa única perturbação, o mutismo.

Esta perturbação foi descrita por Kussmaul em 1877 (Sharkey & McNicholas, 2008), contudo, só em 1934, foi apelida por Moritz Tramer, como mutismo seletivo (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012).

Numa primeira instância considerou-se que o mutismo seria uma perturbação da Linguagem juntamente com os comportamentos de oposição. Actualmente, o mutismo entende-se que é uma perturbação relacionada com a ansiedade. Contudo, é de salientar que existem muitos autores que dizem que o mutismo é um indício prematuro da perturbação da ansiedade social (Teiga, 2014).

Sendo assim, esta perturbação define-se como uma ausência de linguagem numa criança, que previamente falava (Teiga, 2014).

Pode-se considerar dois tipos de mutismo:

- Mutismo perseverante, em que os sintomas permanecem por mais de seis meses, a criança a partir dos cinco anos, permanece em silêncio no ambiente intra e extra familiar.
- Mutismo temporário, os sintomas tem de estar presentes nos últimos seis meses e pode apresentar-se de uma forma constante e manifesta-se apenas num tipo de ambiente (em casa ou na escola) (Wilkins, 1985).

Tendo em conta os dados apresentados no CID-10, o mutismo é descrito como sendo uma consequência de uma perda importante que é revelada emocionalmente através da fala. A perturbação pode-se manifestar no início da infância e pode estar relacionada com traços da personalidade.

Outros autores como, Viana & Beidel (2009) definiram o mutismo como uma especificidade rara na infância, que tem como principal sintoma a perda da fala de uma criança que anteriormente falava fluentemente, sendo que todo o processo é feito de uma forma consciente por parte da mesma.

O mutismo incide maioritariamente nas crianças em idade pré-escolar e escolar, ou seja, com idades compreendidas entre os três e os sete anos e pode permanecer durante alguns meses mas também pode durar alguns anos. Esta perturbação tem mais incidência no género feminino (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012).

Estas crianças com mutismo podem falar em pequenos grupos ou com pessoas familiares, no entanto, quando confrontadas com novas situações ou com pessoas pouco familiares, acabam por comunicar através de gestos, murmúrios ou em alguns casos escrevem pequenas notas (Teiga, 2014).

De acordo com o DSM-V (2014), surgem os seguintes sintomas:

- É incapaz de falar em situações onde seria suposto, por exemplo, na escola ou em casa com pessoas que lhe são familiares;
- Esta ausência de linguagem pode interferir no seu sucesso escolar ou na integração e interação em contexto social;
- Só se considera que estamos perante uma criança com mutismo se esta não estabelecer comunicação verbal durante um mês, no entanto, deve-se excluir o primeiro mês de aulas, pois crianças muito tímidas podem ter vergonha ou medo de falar neste tipo de contexto;
- A criança deixa de falar mas isso não significa que regrediu ou tenha alguma incapacidade de adquirir conhecimentos e expressá-los;
- Com o aparecimento desta perturbação não quer dizer que a criança seja portadora de uma outra perturbação, como por exemplo, perturbação do espectro do autismo ou outra perturbação psicótica.

Contudo, associado a esta perturbação também se encontram outros sintomas. A perda da fala é o sintoma mais notório mas, aparece com frequência, por exemplo, inibição motora, comportamentos de oposição, ansiedade social e enurese (Shriver, Segool, Gortmaker & Ohio, 2011). Nas crianças com mutismo, quando estão perante situações que possam causar ansiedade, podem surgir algumas alterações no seu comportamento, como por exemplo, não conseguir manter o contacto visual; ter respiração ofegante; não sorrir para pessoas desconhecidas; apresentar transpiração excessiva particularmente nas palmas das mãos; ter dificuldade em cumprimentar outra pessoa (despedida ou agradecimento) e dificuldade em expressar os seus sentimentos (Cleave, 2009).

As crianças com mutismo normalmente são sensíveis, inibidas, carentes e curiosas. São hipervigilantes (tem uma grande sensibilidade ao ruído) e não gostam de estar em ambiente onde existam excesso de pessoas, também são sensíveis aos pensamentos e emoções dos outros (Marques, 2000).

No entanto, existem características que podem ser apontadas como específicas que tornam as crianças mais vulneráveis a esta perturbação, como por exemplo, hospitalização numa fase precoce da vida da criança, divórcio, morte ou conflitos. (Teiga, 2014). Segundo a mesma autora, o mutismo raramente advém de uma situação traumática seja do foro físico ou psicológico, contrariamente ao que diz Anstending (1999), que refere que o mutismo pode ser compreendido como uma perturbação de ansiedade, ou

seja, a criança teve de passar por um acontecimento muito perturbante para despoletar esta perturbação.

Teiga (2014) acrescenta que 25% das crianças com mutismo podem apresentar um atraso na linguagem e 50% apresentam uma perturbação da comunicação ou falta de maturidade na fala. Também as crianças com atraso no desenvolvimento intelectual estão mais vulneráveis. Tal como filhos de pais excessivamente protectores ou com algum historial de doença psiquiátrica (Teiga,2014).

Na maioria das vezes, existe nestas famílias um “segredo familiar”, ou seja, um não-dito. O mutismo aparece para selar entre a criança e alguns membros da família (por Ex. mãe e filho) a divulgação deste segredo fora da família. Muitas vezes, este segredo tem por base um problema familiar (nascimento ilegítimo, morte de algum familiar, entre outros) (Cleave,2009).

2.9.1. Prevalência

Segundo o DSM-V (2014) o mutismo é uma perturbação rara. Actualmente a sua prevalência é de 0.03 a 1%, contudo, estas percentagens também se alteram tendo em conta a amostra em questão e a faixa etária da população. De acordo com a literatura o mutismo é uma perturbação que tem a sua incidência em crianças em idade pré-escolar ou nos primeiros anos de ensino, sem diferenças significativas em relação a etnia. É considerado uma perturbação infantil que é diagnosticada maioritariamente quando a criança entra para a escola.

De acordo com o DSM-V (2014), ocorre antes dos cinco anos de idade, mas pode só ser diagnosticada com a entrada na escola, ou seja, quando é pedido á criança que desenvolva uma serie de actividades em que tenha de interagir verbalmente. Outros factores podem ser desencadeadores como dificuldades em estabelecer um relacionamento com os outros colegas. Porém, quando iniciam o 3ºciclo (mais ou menos com 11/12anos), volta a existir uma certa propensão para o mutismo.

Tendo ainda como fonte de pesquisa o DSM-V (2014), não podemos deixar de mencionar que as crianças com mutismo conseguem ultrapassar esta perturbação, embora em muitas que são portadoras da perturbação de ansiedade social, os sintomas permanecem.

2.9.2. Diagnóstico

Segundo o DSM-V (2014) a criança com sintomatologia de mutismo é muito tímida, tem uma ansiedade exagerada quando é exposta a novas situações, no entanto, consegue utilizar alternativas para comunicar, por exemplo, gestos, expressões faciais, movimentos corporais.

Desta forma, quando iniciam o percurso escolar, a criança tem necessidade e, de certa forma, é forçada a interagir com os pares. Neste momento, devido à sua dificuldade para o fazer, a criança podem recusar ou tentar fugir da escola, pode também ter dificuldade de separação dos pais, chorar e, até fazer queixas somáticas, também podem surgir dificuldades em adormecer ou apresentar irritabilidade.

O despiste deve ser feito o mais precocemente possível, pois muitas vezes o diagnóstico só é concluído passados algum tempo, e desta forma, o sucesso da terapia pode ficar comprometido.

O diagnóstico deve, tanto quanto possível, ser realizado por uma equipa multidisciplinar e tem como objectivo obter o máximo de informações acerca da criança (Jian, Junyu & Jinfang, 2009).

Este é essencialmente baseado nas características específicas daquela patologia, mas também na história de vida da criança (anamnese). No entanto, chegar ao diagnóstico correcto torna-se um pouco difícil, uma vez que os sintomas presentes nesta perturbação também se podem encontrar noutras patologias.

As avaliações efectuadas a crianças com mutismo, não revelam com rigor o QI ou a sua capacidade de aprendizagem, pois a criança tem tendência para estar ansiosa com novas situações. Por esta razão o ambiente criado para a avaliação deve permitir que a criança se sinta calma e à vontade, para que se possa validar os resultados obtidos (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012).

2.9.3. Diagnóstico Diferencial

Segundo o DSM- V (2014), o diagnóstico diferencial pode ser dividido em três grandes grupos:

Perturbações da comunicação: O mutismo deve-se diferenciar das perturbações da comunicação, ou seja, perturbações da linguagem (som e fala), perturbação da fluência do princípio da infância.

Perturbações do neurodesenvolvimento ou perturbações psicóticas: quando a criança apresenta dificuldades ao nível da linguagem, problemas motores, alterações físicas e dificuldades emocionais, pode-se começar a colocar a hipótese que a criança tem um atraso no desenvolvimento neurológico.

Segundo o manual de diagnóstico acima referido, as crianças com outras perturbações tais como, espectro do autismo ou perturbações de ordem psicóticas também tem dificuldades em estabelecer comunicação verbal com as outras pessoas num contexto social.

As crianças com esta perturbação apresentam um baixo nível lógico-matemático, isto não quer dizer que a criança não tenha capacidade para aprender, mas pensa-se que possa ser uma consequência de não participar verbalmente na aula.

Perturbação da ansiedade social: a ansiedade e o evitamento social podem estar relacionados com a perturbação que temos vinda a referir e estes sintomas podem ser diagnosticados no mutismo.

2.9.4. Tratamento

O tratamento do mutismo não pode ser definido de maneira unívoca. Na literatura surgem algumas propostas terapêuticas, no entanto, a forma de intervenção vai depender do modelo teórico utilizada pelo técnico.

Tendo em conta o estado da arte, verifica-se que as abordagens ao nível comportamental e ao nível cognitivo-comportamental já obtiveram sucesso nos seus resultados, tendo em conta que se considera que o mutismo tem por base factores emocionais (Jian, Junyu & Jinfang, 2009).

Santos (2005) refere que é necessário mostrar à criança que se acredita que ela tem competências para comunicar, sendo assim, é útil ter outras formas de interacção (desenhos, teatros, entre outras actividades). O respeito pela criança está sempre presente, ela deve falar apenas quando ela o entender fazer, demorando o tempo que precisar.

Segundo Peixoto (2006), para o tratamento do mutismo pode existir vários tipos de intervenção. A terapia sistémica familiar que tem como objectivo de modificar a comunicação ou interacção dos elementos da família pois é a primeira grande “massa” social que a criança tem acesso. A terapia comportamental, como já foi acima referido também tem revelado resultados francamente positivos; a terapia psicodinâmica, que utiliza técnicas básicas psicanalíticas e, tem por base o uso de interacções verbais, de jogos e de arte terapia, possibilitando que os conflitos inconscientes brotem de modo a poder identificar o problema e posteriormente a sua eventual resolução; a ludoterapia com inspiração no modelo da abordagem Centrada na Pessoa (a utilizada na intervenção realizada ao longo do acompanhamento com a Beyoncé).

Por outro lado, existem estudos que indicam que a intervenção psicofarmacológica tem sucesso neste tipo de patologias. No entanto, é mais eficaz em crianças mais jovens. Normalmente a medicação usada é o Prozac (Fluoxetina), e os resultados revelam que esta medicação ajuda a diminuir a ansiedade e a aumentar as interacções com os pares (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012).

2.9.5. Factores de risco e prognóstico

Hung, Spencer & Dronamraju (2012) examinaram os resultados de uma amostra com sujeitos cuja faixa etária abrangia jovens e adultos com esta patologia e estavam inseridos dois tipos de mutismo. Um tipo em que os sintomas não desaparecem repentinamente (na adolescência ou no início da idade adulta) e outro tipo em que os sintomas vão desaparecendo progressivamente.

Este estudo revelou, que cerca de 50% dos participantes apresentavam ansiedade ou fobia, o que significa que as dificuldades permaneceram a longo prazo. O prognóstico nos adolescentes devido às suas dificuldades de confiarem nas suas capacidades, e da dificuldade que tem em interagir socialmente, torna-se mais reservado. Nos adultos pode não ser tão evidente, pois estes controlam o ambiente em que estão envolvidos, afastando-se de contextos em que haja probabilidade de falar.

Em síntese, após a revisão bibliográfica efectuada cujo objectivo era o de caracterizar e a aprofundar o nosso conhecimento sobre as problemáticas com que nos

defrontámos no decorrer do estágio, vamos seguidamente apresentar em detalhe o trabalho prático desenvolvido.

PARTE III

3. Trabalho Desenvolvido no Estágio

Esta parte do nosso relatório pretende mostrar de uma forma sucinta todo o nosso trabalho realizado ao longo do estágio. Este decorreu entre o mês de Dezembro de 2013 e Julho de 2014, ou seja, teve uma duração de 8 meses como se pode ver no cronograma que se encontra em anexo (Anexo A). Ao longo destes meses o nosso estágio teve sempre uma parte de observação, no entanto a partir de Março iniciámos um trabalho de uma forma mais autónoma.

Ao longo do nosso estágio desenvolvemos várias funções e fomos integrados em várias actividades. Tivemos a oportunidade de contactar de uma forma mais próxima com os pacientes, como por exemplo, observação de avaliações psicológicas e acompanhamentos psicológicos. Participámos também nas reuniões multidisciplinares (clínicas e de triagem) e nas reuniões com a equipa de desenvolvimento.

3.1. Reuniões de triagem.

As reuniões de triagem realizam-se uma vez por semana e tem uma duração de três horas. Nestas estão presentes todos os membros da equipa e são expostos os novos casos com possibilidade de serem acompanhados no serviço. São avaliados e feito o seu encaminhamento. Na maioria das vezes os casos são encaminhados para a consulta de pedopsiquiatra (vão a uma primeira consulta e só depois iniciam ou não o acompanhamento psicológico), ou noutras circunstâncias é feita uma avaliação psicológica e, posteriormente, terão uma consulta de pedopsiquiatria.

Contudo, embora sendo muito raro, alguns casos poderão não ter seguimento, sendo que o principal motivo, quando isto acontece, é o facto de as crianças não pertencerem à área de residência do Hospital. Nestas circunstâncias é negado o pedido e encaminhado para outro hospital ou centro de saúde.

Em suma, é importante referir que todos os casos apresentados nas reuniões tiveram uma primeira consulta de triagem, com um dos técnicos da equipa (psicólogo ou enfermeira).

3.2. Consultas de triagem.

A consulta de triagem é a primeira intervenção realizada. É feita apenas com os pais ou cuidadores da criança e tem como objectivo recolher os dados mais relevantes acerca da criança (anamnese). Após a consulta, o técnico organiza toda a informação, a qual será apresentada na reunião de triagem para se proceder ao encaminhamento do caso.

A observação para nós teve num papel muito importante e decisivo no trabalho que futuramente viemos a realizar no estágio. Não só nas consultas de triagens, mas em todas as outras actividades que realizámos. Podemos dizer que a observação permitiu, num primeiro momento, dissipar algumas dúvidas e medos que existiam acerca do trabalho que o psicólogo desempenha no seu dia-a-dia. Posteriormente, este período de observação também nos preparou para ganhar alguma confiança nos conhecimentos que adquirimos ao longo do nosso percurso académico.

No decorrer do estágio tivemos a possibilidade de observar várias consultas de triagem as quais apresentamos detalhadamente na tabela 1 que se encontra nos anexos do nosso relatório (anexo B), tal como, as onze consultas de triagem que realizámos a crianças de ambos os géneros. Na tabela 2 é referido com mais pormenor as diferentes triagens efectuadas. Esta tabela encontra-se nos anexos (anexo C).

3.3. Reunião Clínica.

No serviço em que trabalhamos no decorrer do estágio, a reunião clínica realiza-se semanalmente e tem como objectivo a discussão dos casos clínicos que suscitam mais dificuldade ou apresentam grandes evoluções. Sendo assim, semanalmente um psicólogo ou pedopsiquiatra apresentam um caso que estão a seguir e, tal como já referimos, revelam as suas dúvidas/dificuldades ou pelo contrário mostram as evoluções. O grupo dá sempre o seu parecer mostrando novos pontos de vista sobre o caso, discordando ou não com o trabalho dos colegas. Estas reuniões são úteis pois permitem ao técnico ter um apoio/supervisão no seu trabalho.

Para nós foi muito útil participar nestas reuniões, pelo impacto que teve nos nossos conhecimentos sobre as mais diversas patologias; por outro lado alargou-nos capacidade

de perceber diferentes perturbações e tomar contacto com vários pontos de vista sobre a mesma situação.

Neste tipo de reuniões tivemos a oportunidade de expor uma única vez o caso que nos foi atribuído no serviço. Este será apresentado de uma forma mais detalhada no decorrer do presente relatório.

3.4. Avaliações Psicológicas.

A avaliação psicológica é um processo complexo e polifacetado e tem o intuito de compreender de uma forma mais precisa as capacidades cognitivas e a dinâmica afectiva da criança ou adulto.

A avaliação começa quando há contacto entre o técnico e o paciente, ou seja, antes de aplicar a bateria de testes que temos preparada para aquela pessoa, tendo em conta as informações que pretendemos obter. O ideal seria que da avaliação resultasse apenas a interacção da pessoa com os testes que está a ser submetido, no entanto, isso é impossível de alcançar devido às várias interacções que a pessoa está sujeita, como por exemplo, o contexto em que está a ser feita a avaliação, qual o motivo da sua realização e a quem se destina. Os dados são sempre interpretados a luz da história de vida da pessoa (Tavares, 2012).

Actualmente, a avaliação psicológica é uma ferramenta muito útil no trabalho do psicólogo, pois permite ao técnico alargar a sua compreensão acerca da pessoa que procura ajuda ou dissipar algumas dúvidas que ainda existam acerca do paciente (Vieira, Fay, Neiva-Silva, 2007).

Passamos a enumerar e caracterizar os testes mais utilizados no serviço.

- Desenho da família;
- Desenho da figura humana;
- CAT-A e CAT-H e TAT;
- WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children);
- Toulouse Piéron;
- Teste Gestáltico Visomotor Bender;
- Matrizes progressivas de Raven.

Ao longo do nosso estágio tivemos a oportunidade de observar e realizar de várias avaliações psicológicas, tendo sempre uma participação activa em todas elas. Em baixo segue-se a descrição dos testes que foram mais utilizados.

3.4.1. Desenho da Família.

Nesta prova é solicitado à criança que desenhe a família. O objectivo desta prova é o de compreender qual é o papel da criança e respectiva dinâmica familiar e tem, ainda, como função avaliar a maturidade e o desenvolvimento intelectual da pessoa (Corman, 1979). No espaço em branco a criança pode expressar não só a maneira como se vê mas também como interage com a família e vice-versa. Por esta razão o desenho torna-se um meio de diálogo compreensivo entre o psicólogo e a criança.

O investimento e a forma como a criança desenha revela muito da forma como ela sente e vê a sua própria família. Nomeadamente, a disposição dos diferentes membros da família pode ser indicador de simbolização dos afectos das pessoas que para si são significativas (Corman, 1979).

É importante dizer que através do desenho podemos retirar muitas informações acerca da criança. De acordo com dada faixa etária, se o desenho for completo, ou seja, repleto de pormenores pode ser indicador do nível de maturidade, no entanto, é de assinalar que a prestação da criança pode ser influenciada por questões emocionais. Como é óbvio, a avaliação do desenho é adequada a idade da criança (Corman, 1979).

Segundo o mesmo autor, as linhas curvas podem indicar que o desenho é mais natural/espontâneo, por outro lado, um desenho com traços retos pode indicar que a criança tem dificuldade em expressar as suas emoções e que vive num ambiente tenso e rigoroso.

A posição dos elementos da família no desenho é também muito importante, pois mostra a proximidade, distância ou isolamento que a criança sente, podendo ajudar a inferir qual o nível relacional ou de comunicação da criança na sua família (Corman, 1979).

Ao nível gráfico, o que devemos ter em atenção é a força, a grossura, o tamanho do traço e o sentido do desenho. Também é importante verificar o tamanho das personagens, os primeiros elementos a surgir e os pormenores (Corman, 1979). Um traço

vincado pode indicar agressividade ou impulsividade, por outro lado, um traço ligeiro pode indicar timidez ou inibição (Corman, 1979).

Um traço comprido ocupando grande parte da folha pode indicar espontaneidade, um traço curto poderá indicar inibição e introversão (Corman, 1979).

A localização do desenho também é importante. Se a criança usa apenas a parte debaixo da folha pode indicar que é uma criança que fantasia pouco, tem falta de energia ou até mesmo depressão. Se utiliza a zona superior pode-nos indicar que é uma criança imaginativa e fantasia com facilidade. A parte esquerda da folha pode-se interpretar com falta de criatividade e remete-nos para o passado, a parte da direita direcciona-nos para o futuro, para a autonomia e evolução (Corman, 1979).

Existem outros autores que privilegiam a interacção com a criança e, como tal, tentam através do diálogo compreender o significado do que é expresso, não fazendo aleatoriamente uma interpretação do desenho (Nunes, 2015, comunicação oral).

3.4.2. Desenho da Figura Humana.

O desenho é uma das primeiras formas de expressão do ser humano, nomeadamente, oferece a possibilidade de representação de si próprio. Pedir para desenhar a figura humana é um dos meios que os psicólogos utilizam para avaliar o desenvolvimento e a maturação viso-motora e, do ponto de vista psicológico, para fazer uma avaliação da personalidade. Há também a possibilidade deste teste servir para avaliar o desenvolvimento cognitivo (Kolck, 1984). É através do desenho que a criança mostra a percepção que tem acerca do mundo que a rodeia.

Segundo Goodenough (1963), os desenhos das crianças são determinados pelos conhecimentos que têm. Existem várias fases no processo de desenvolvimento gráfico, por exemplo, Lessa (1953) e Zausmer (1954) referem que numa determinada faixa etária a criança só desenha aquilo que conhece ou que vê. A própria figura humana vai sofrendo uma evolução, desde o girino até progressivamente se apresentar de uma forma mais de acordo com a real objectivo. Assim sendo, é importante estar alerta a todos elementos que surgem no desenho e o psicólogo não ter uma atitude condicionadora, pois é fundamental para que a criança se sinta livre na sua expressão e compreendida na forma como vê o mundo (Wechsler, 2006).

O Teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough é, até aos dias de hoje, um instrumento muito útil pois permite ao técnico ficar com uma visão alargada da criança desde os aspectos cognitivos da criança até aos aspectos relacionados com a sua dinâmica afectiva que muitas vezes são desconhecidos para a mesma (Goodenough, 1963).

3.4.3. C.A.T-A/ C.A.T-H e T.A.T.

O CAT e o TAT são testes projectivos que têm como objectivo dar resultados precisos acerca da personalidade da pessoa. A pessoa vai fazendo uma história sobre a prancha que vai visualizando. O CAT tal como TAT são testes que permitem que a criança, adolescente ou adulto revele as suas fantasias, os seus medos e as suas angústias. Para as crianças de determinada idade normalmente é mais fácil criar histórias com animais, assim, nestas situações utiliza-se o CAT animal (A), pois parece que existe uma proximidade maior com a realidade. Crianças com intelectualmente mais maduras utiliza-se o CAT humano (H), pois nestas pranchas estão presentes figuras humanas. No entanto, tanto o CAT- A como o CAT-H remetem para os mesmos conteúdos latentes (Boekholt, 2000). A criança brinca ao contar histórias a partir dos cartões mostrando as suas vivências mais íntimas. Quando se faz a prova das escolhas, ou seja, quando se pergunta com qual personagem se identifica, a criança passa do imaginário à realidade (Boekholt, 2000).

3.4.4. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC – III.

A Escala de Inteligência Wechsler para Crianças WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children), foi criada com o objectivo de avaliar as capacidades cognitivas das crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os seis aos dezasseis anos e onze meses (Weschler, 2006). Esta escala tem 13 sub-testes que estão agrupados em duas escalas: Escala Verbal, de onde se obtém o nível do QI verbal e a escala de Realização, de onde por sua vez, é obtido o QI de realização. Por fim, estas duas escalas dão-nos um

único valor que chamamos o QI total, ou seja, fornece uma visão global sobre o funcionamento cognitivo do sujeito (inteligência do indivíduo) (Sá, Albuquerque & Simões, 2008).

3.4.5. Toulouse Piéron.

Toulouse e Piéron em 1904 elaboraram um teste para avaliar a capacidade perceptiva e a atenção concentrada (Teste de Barragem de Toulouse-Piéron) (Pereira, s. d.). É composto por um conjunto de as figuras, um quadrado de onde saem uns pequenos traços. Estes traços externos têm diferentes direcções.

Minuto a minuto, o técnico assinala onde é que a criança se encontra no teste, no entanto, o sujeito continua a prova sem parar. Para corrigir um engano, o sujeito põe um círculo à volta do sinal incorrectamente assinalado (Pereira, s. d.). Este teste é uma tarefa monótona e exige grande concentração e resistência por parte do indivíduo. É-lhe pedido que assinale todas as figuras que encontrar iguais à amostra apresentada (Pereira, s. d.).

A nível qualitativo, menos de 80 acertos, acusa inibição psíquica. Quando o teste tem mais erros que omissões ou mais de 20% de omissões, pode ser sinal de pouca inteligência ou debilidade mental (Pereira, s. d.).

Contudo, também é de salientar que o individuo pode ter capacidade de atenção, mas não capacidade de concentração, nem permanência na atenção, contudo, é possível trabalhar a atenção com as mais variadas tarefas (Pereira, s. d.).

3.4.6. Teste Gestáltico Visomotor Bender.

Lauretta Bender, em 1938, criou o Teste Gestáltico Visomotor de Bender. A autora baseou-se nas figuras que já tinham sido estudadas por Wertheimer em 1923 sobre a percepção visual. O objectivo do teste é obter o nível de maturação perceptivo-motora da criança. Segundo a autora, a criança vai modificando o seu comportamento perceptivo-motor e essa mudança é um sinal que a maturação aumenta à medida que a criança vai crescendo.

O teste é formado por nove cartões, cada um deles contém uma figura. Estas figuras tem por base os três princípios da Gestalt: Princípio do Fechamento, da Proximidade e da Continuidade. Este teste tem uma aplicação muito simples. A criança só tem de desenhar a imagem que está a observar (Silva & Nunes, 2007).

3.4.7. Matrizes Progressivas de Raven (MPR).

Este teste pode ser aplicado a crianças e adultos. Tem como objectivo avaliar o amadurecimento e a capacidade intelectual. Nas crianças com idades entre os três e os dez anos aplica-se a versão colorida do teste. É composto por 36 itens pois constatou-se que estas utilizavam um raciocínio por analogia (Simões, 1994, 2000). Cada um dos itens integra figuras geométricas abstratas e o objectivo é de colocar uma das figuras que corresponde à forma do espaço em branco, existente no início da página.

A dificuldade vai sendo maior (Simões, 2000) no decorrer do teste e o individuo apenas precisa de identificar qual é a figura que julga estar correcta (Raven, Court & Raven, 1998).

Nos anexos do nosso relatório encontrar-se de forma detalhada as avaliações psicológicas que observamos ao longo do nosso estágio. Esta informação está organizada na tabela 3 (anexo D).

3.5. Casos de acompanhamento

Ao longo do nosso estágio académico tivemos a oportunidade de observar vários casos de acompanhamento. Quatro destes pertencem à consulta externa e os restantes pertencem ao internamento de Nefrologia. Estes últimos, a seguir à sua alta médica passaram a frequentar a consulta externa de Psicologia do serviço.

Dos seis casos observados quatro deles tinham uma perturbação global do desenvolvimento, dificuldades no sono e pouco contacto social. A faixa etária estava compreendida entre os quatro e sete anos, sendo três deles do género masculino e um do género feminino. Os restantes casos eram de crianças com doença renal crónica (à espera

de transplante renal), com idades compreendidas entre os catorze e os dezassete anos, de ambos os géneros. O caso de observação escolhido para uma descrição mais detalhada é apresentado no ponto seguinte.

3.5.1. Caso de acompanhamento observado.

Em primeiro lugar pensamos ser importante justificar porque escolhemos este caso de observação para apresentar de uma forma mais detalhada no corpo do nosso relatório. Esta escolha baseou-se exclusivamente nas características físicas e psicológicas da criança e na relação um pouco ambivalente que foi criada entre nós ao longo dos oito meses. Podemos dizer, então, que a nossa escolha baseou-se exclusivamente em factores emocionais. Também consideramos ser importante salientar que o método terapêutico da psicóloga que conduzia este caso baseava-se na ludoterapia de inspiração psicodinâmica.

3.5.1.1. *Observação clínica.*

A Francisca³ é uma menina franzina, que se apresenta com o cabelo muito despenteada (a mãe refere que ela não quer meter nada no cabelo, gancho/elásticos), no entanto, tem uma aparência muito agradável. O contacto inicial é muito fugidio/ um pouco estranho, no entanto, não mostra qualquer dificuldade/ansiedade de separação da mãe.

Esta criança apresenta um desenvolvimento estatuo-ponderal adequado para a sua idade. Aparentemente tem uma boa motricidade global, o seu olhar é penetrante mas com algum evitamento. Pouco expressiva nos afectos e o humor um pouco irritável.

Seguidamente vamos apresentar o motivo da consulta e alguns dados da anamnese da criança, tal como o nosso parecer acerca das informações que retirámos através das nossas observações.

³ Nome fictício

3.5.1.2. **Motivo da consulta.**

A Francisca tem quatro anos e deslocou-se à consulta por ter dificuldades de sono; baixa tolerância à frustração e isolamento no infantário.

Identificação pessoal

Nome: Francisca

Género: Feminino

Idade: 4 anos

Habilitações académicas: Pré-escola

Residência: Grande Lisboa;

Agregado familiar: pai, mãe e irmão

3.5.1.3. **Anamnese⁴.**

A Francisca foi um bebé desejado, a gravidez foi vigiada e vivida com tranquilidade. O parto foi de cesariana e ocorreu num hospital em Lisboa. Segundo a mãe surgiram algumas complicações neonatais, pois a Francisca teve de receber uma transfusão de sangue aos dez dias de vida, teve também anemia e icterícia. No entanto, tudo foi ultrapassado sem grandes complicações.

Os pais foram aqueles que prestaram cuidados ao bebé nos primeiros tempos de vida. Segundo a mãe no primeiro ano de vida tudo correu bem. A Francisca mamou pouco tempo, passando a ser alimentada por biberão, pois a mãe deixou de ter leite. Teve uma boa adaptação aos alimentos sólidos, no entanto, a adaptação à colher não foi fácil.

Actualmente, a Francisca na escola come sem problemas, no entanto, em casa as dificuldades surgem. Segundo a mãe, a Francisca levanta-se anda pela casa e o pai acaba por andar atrás dela. A Francisca ainda utiliza duas chuchas, uma delas serve para acariciar o nariz. No entanto, a própria já mostra alguma vergonha em usá-las, pois no dia que vem para a consulta deixa-a voluntariamente no carro e diz: “agora não podo levar” (sic).

⁴ Os dados da anamnese já estavam recolhidos quando entramos no estágio.

Em relação ao sono, a Francisca durante o primeiro ano de vida não mostrou quaisquer problemas, posteriormente, começou a ter grandes dificuldades em adormecer, isto é, nunca adormece antes das vinte e três horas, chora, grita e faz birras e não quer que ninguém adormeça. Ela acaba por adormecer quando a mãe chega a casa, quando já está de “rastros”. Tem um sono muito agitado, mas só acorda de manhã. Sempre dormiu na mesma cama dos pais e estes nunca pensaram em mudá-la pois só resta o quarto do irmão e este, sendo adolescente, não iria aceitar esta decisão.

A mãe não se recorda que idade tinha a Francisca quando ocorreu o seu desenvolvimento psicomotor, mas refere que foi dentro dos parâmetros esperados.

Actualmente tem dificuldade em expressar-se, ou seja, não pronuncia bem algumas palavras, ou por vezes, cria as próprias, como por exemplo, “eu podo, eu vi-te, ecola” (sic), entre outras. Por vezes, as pessoas não a percebem e ela fica muito irritada quando a questionam ou quando a corrigem. A Francisca controlou os esfíncteres (diurno e nocturno) aos dois anos e seis meses, no entanto, com algumas obstipações. Esporadicamente no infantário apresentou alguns episódios de enurese, contudo, ultimamente não tem acontecido.

A mãe refere que a Francisca tem um comportamento completamente diferente no infantário, lá é retraída, pouco dada e isola-se. Contudo, no último ano lectivo a educadora refere que já está mais comunicativa e que interage melhor com os colegas e com os adultos, apesar de ser necessário estimulá-la para isso.

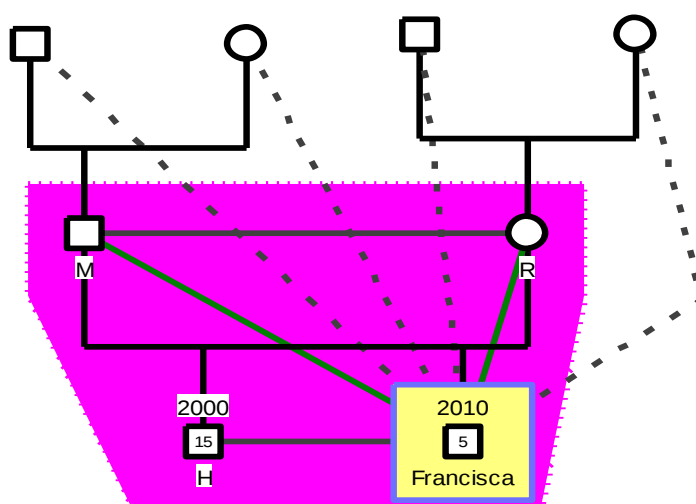
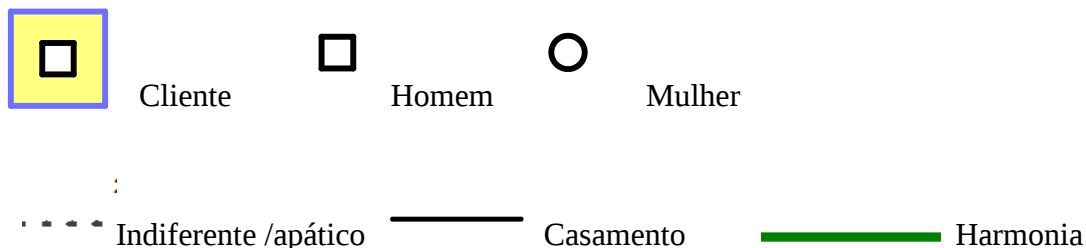


Figura 2 - Genograma Familiar Francisca

Legenda



3.5.1.4. Dinâmica Familiar.

Em relação a dinâmica familiar, a Francisca vive com os pais e com o irmão de catorze anos. É referido pelos pais que esta não cumpre regras. No entanto, eles também nada fazem para alterar os comportamentos da Francisca. Dizem que ela ainda é muito pequenina, muito frágil e quando crescer mudará. Segundo o pai ela é a “princesinha”. A mãe trabalha num jornal e tem uns horários um pouco instáveis, o que acaba por destabilizar imenso a dinâmica familiar. A mãe chega a casa quase sempre depois da meia-noite. Durante a semana é o pai que dá o jantar à Francisca, depois esta espera pela mãe só depois é que adormece. Segundo o pai muitas vezes elas adormecem na sala e só a meio da madrugada é que vão para o quarto. Depois, no outro dia de manhã a Francisca chora porque está cheia de sono e não se quer levantar. A mãe como entra no trabalho mais tarde, por volta das dez horas, faz as vontades a Francisca, como por exemplo, aquece a roupa na máquina de secar porque a Francisca diz que tem frio e, de outra forma, não se veste; só calça os sapatos no carro, entre outras coisas.

Desta forma, a Francisca nunca cumpre o horário de entrada no infantário e acaba por perder algumas actividades.

Raramente comem juntos à refeição, porque nunca conseguem estar todos em casa. Ao fim-de-semana quando a família está toda em casa, o irmão come no seu quarto, o pai come quando está a confeccionar o almoço, depois a mãe dá a refeição à Francisca e, por fim, come ela.

O pai apesar de achar que a filha é muito frágil tem mais consciência de que em casa deviam existir outras regras, uma delas seria fazerem as refeições todos juntos quando isso fosse possível.

A mãe parece dar menos importância à dinâmica familiar e, até fica satisfeita pela Francisca esperar por ela para adormecer.

O filho mais velho, pelas informações que temos não tem um papel de “peso” na família, pois passa muito tempo fora de casa ou no seu quarto e, como tem alguns anos a mais que a Francisca, não brincam juntos e não têm muita convivência.

3.5.1.5. Informação Recolhida ao Longo do Processo de Observação.

O acompanhamento psicológico é semanal e foi iniciado poucos meses antes de termos começado o estágio. No entanto, depois de algumas sessões com a Francisca a psicóloga que estava a acompanhar o caso diagnosticou que esta tinha uma perturbação global do desenvolvimento.

Nas primeiras consultas a Francisca mostrou estar curiosa em relação aos brinquedos que estavam na sala. Ia mexendo em alguns e dizia: “ando à procura de uma coisa” (sic). Brincou com os animais criando diálogos entre eles dizendo: “tu não mandas, eu é que mando” (sic) ou ralhando de uma forma agressiva com os bonecos “meninos já a dormir” (sic). A Francisca refugia-se muitas vezes no livro que toca, parecendo que naquele momento entra no seu próprio “mundo” inacessível aos outros. Ao longo das brincadeiras a psicóloga que a segue tenta introduzir novos elementos. A Francisca não gosta e levanta a mão para bater dizendo, “não gosto de ti” (sic), reproduzindo isto diversas vezes. O mesmo acontece quando é proposto brincarem juntas, ela diz: “não quero” (sic). A Francisca tem grandes dificuldades em manter a relação com o outro, não aceita novas ideias, grita e desiste das brincadeiras com grande facilidade. A relação com a Francisca nestas primeiras sessões foi um pouco ambivalente (agressiva/meiga), tem momentos que gosta de mimo, outros em que não, acaba mesmo por levantar a mão. Ao longo de algumas sessões quando é contrariada diz que tem saudades da mãe e quando chega à sala de espera agarra-se a ela e dá-lhe muitos beijinhos.

No decorrer do processo de intervenção é visível algumas evoluções. A Francisca está menos ambivalente em relação ao contacto físico (já permite na maioria das vezes o

toque). Começa a mostrar afetos mais positivos, dizendo baixinho à psicóloga: “gosto muito de ti” (sic). As brincadeiras começam a ser feitas em conjunto, no entanto, a Francisca permanece muito rígida nas suas ideias e quando necessita de ajuda ainda se mostra um pouco indecisa (quer e não quer). A tônica dominante nas sessões com a Francisca incide nas suas manifestações comportamentais de indecisão. Esta atitude encontra-se espelhada tanto nos diálogos que tem com as personagens, como na relação que estabelece com a psicóloga dentro do contexto de brincadeira e comigo dentro da sala. No entanto, quando se pergunta se está zangada responde: “Não tou zangada tou feliz contigo” (sic). Já não tem momentos em que sente necessidade de se isolar ou de brincar sozinha.

Começou a trazer brinquedos para a consulta e numa das sessões trouxe a mala “Doutora dos Brinquedos” e quando começou o jogo escolheu o papel de médico, no entanto, quando chegou ao momento de tratar/cuidar, a Francisca troca de papéis, não querendo tratar do bebé. Não dá muita importância à nossa presença apesar de às vezes olhar para nós, contudo, quando lhe é esboçado um sorriso, acaba por desviar o olhar. A criança começa a aparecer muito mais arranjada (mais penteada e a roupa mais cuidada) e quando entra na sala faz questão de mostrar o vestido com a finalidade de a valorizarmos.

A mãe da Francisca tem grande dificuldade em chegar a horas às consultas (algo que se tem vindo a arrastar), o que tem condiciona muito o sucesso do processo terapêutico. Numa das consultas a Francisca mostrou alguma resistência para entrar para a sala acabando por chorar, no entanto, entrou e acabámos por jogar um jogo as três. A Francisca cria as suas próprias regras, expressa um comportamento agressivo quando é chamada a atenção, raramente nos deixa inserir na brincadeira e, por vezes parece, ignorar a nossa presença. No entanto, quando faltámos a uma consulta, ela perguntou por nós, tentando inteirar-se onde estávamos e o que tínhamos ido fazer. No fim da consulta cruzamo-nos no corredor e ela perguntou “tavas onde?” (sic), “tavas a fazer?” (sic), “para a próxima vens?” (sic). Nas sessões seguintes, a Francisca deixou-nos participar nas atividades, apesar de ser ela a decidir quem era quem. Contudo, a partir desse dia, sentimos que ficámos com uma posição privilegiada em relação à da psicóloga orientadora do nosso estágio. Posteriormente, quando entrava na sala olhava-nos e sorria. Achamos este dado muito interessante, pois aparentemente, nós para a Francisca eramos completamente indiferente, no entanto, quando vivenciou a nossa ausência ficou curiosa

e precisou de saber qual a continuidade da nossa presença. Progressivamente a Francisca ficou com uma postura muito mais meiga e atenciosa.

Consideramos importante salientar que apesar da Francisca nunca chegar a horas como já referimos, a mãe começou a questionar se seria necessário ser semanal o acompanhamento, pois para ela causava algum transtorno deslocar-se todas as semanas ao hospital e, também, acha que a filha já não necessita de um acompanhamento tão próximo. Referiu que a Francisca tem dias que lhe pede para não ir à consulta. A psicóloga explicou a mãe que ainda seria necessário e muito importante que a Francisca continuasse a ter as consultas semanais, no entanto, nos últimos meses do nosso estágio a Francisca faltou a muitas consultas. Sublinhamos que quando o nosso estágio terminou o acompanhamento ainda continuava.

Contudo, e apesar da Francisca já estar em acompanhamento há quase um ano, até à nossa saída do estágio, as informações existentes e as evoluções ainda eram muito poucas, daí não ser possível fazer uma conclusão deste caso de acordo com o nosso ponto de vista. Pensamos apenas ser possível fazer um ponto de situação acerca das sessões realizadas.

Desta forma, percepcionámos que a criança em questão fez algumas evoluções apesar de serem poucas como já referimos. Consideramos que a grande evolução a sublinhar é relativamente ao seu comportamento, isto é, no início era muito agressiva e no infantário verificava-se o oposto, permitindo que os outros a dominassem. Ao longo do acompanhamento e tendo em conta as informações que a educadora foi transmitindo a Francisca tornou-se mais sociável, conseguindo já revelar as suas opiniões e, por consequência, começou a ser mais respeitada no seio no grupo.

Nós, em consulta, começamos a ver que a Francisca estava mais meiga, com mais facilidade em se relacionar, respeitando algumas das regras impostas, ou seja, o seu comportamento começou a ser mais homogéneo.

Segundo a mãe, a Francisca passou a integrar com mais facilidade as regras, a adormecer com menos dificuldade e, de manhã, a aceitar algumas das sugestões da mãe.

Pensamos também que a Francisca começou a mostrar alguma resistência para entrar na sala devido ao tempo que existe entre as consultas e, cada vez que isso acontece, nós sentíamos um retrocesso no processo.

Refletindo sobre o assunto somos levados a pensar que a atitude da Francisca é um pouco influenciada pela opinião da mãe, pois no início do processo quando a Francisca não nos conhecia, nunca mostrou ansiedade de separação em relação a mãe ou resistência

em entrar. Interrogamo-nos até que ponto a indisponibilidade da mãe, condicionou a adesão da criança à continuidade do tratamento.

3.6. Trabalho Directo Realizado no Estágio

Tal como já referido, iniciámos o nosso estágio com um período de observação de consultas realizadas pela psicóloga/orientadora e seguidamente foi-nos dada a oportunidade de fazer intervenções autonomamente, embora com supervisão. Em baixo segue-se algum do nosso trabalho directo realizado no estágio.

3.6.1. Avaliação Psicológica.

Ao longo do estágio realizamos três avaliações psicológicas. As dificuldades de aprendizagem e as alterações de comportamento foram o motivo pelo qual as avaliações psicológicas se realizaram. As crianças que efectuaram estas avaliações eram do género masculino e tinham idades compreendidas entre os sete e os catorze anos. O pedido foi feito pelas escolas das crianças, excepto aquela que vamos apresentar no corpo do nosso relatório, a qual foi pedida pelo médico de família.

Os testes aplicados para as avaliações constaram dos seguintes: WISC- III; Toulouse Pierron; TAT; Teste Guestáltico Visomotor Bender; CAT-A, Desenho da Figura Humana e Desenho Livre. Estes testes são os utilizados no serviço onde se efectuou o estágio e não houve abertura para outros por não haver apoio na sua correcção e interpretação de resultados.

Destas três intervenções seleccionamos a que apresentamos com mais detalhe. A decisão desta escolha prende-se com a pertinência dos resultados que foram encontrados.

3.6.1.1. Caso de avaliação psicológica Tomás⁵.

Observação Clínica.

O Tomás na primeira consulta chega acompanhado pela mãe. É um adolescente que apresenta uma aparência cuidada, com um vestuário adequado para a idade e com uma postura um pouco acanhada. A sua idade cronológica não corresponde à imagem que aparenta, pois a sua aparência é de um adolescente com mais idade. Durante as sessões raramente estabelece contacto ocular. O discurso é coerente (organizado e orientado no tempo e no espaço) e aparentemente não apresenta tiques.

A nossa primeira impressão foi a de que o Tomás tinha uma expressão triste, manifestava certa timidez e trocou poucas palavras. O olhar muito vago e distante, mantendo esta postura em toda a avaliação.

Na primeira conversa o Tomás nunca olhou para nós, expressando-se sempre de uma forma muito sucinta e por vezes pouco explícita, tendo momentos de grande introspecção munidos de grandes silêncios. No entanto, na última consulta para “espanto nosso”, fez um comentário bastante positivo às sessões e utilizou a prova projectiva para partilhar um pouco do seu dia -a- dia.

Motivo da consulta.

O Tomás foi referenciado na consulta de triagem e avaliado na consulta de Psicologia deste Serviço, pelo facto de apresentar dificuldades na aprendizagem escolar e de serem identificados sintomas depressivos.

Seguidamente vamos expor o motivo da consulta e alguns dados da anamnese do adolescente.

Identificação pessoal

Nome: Tomás

Género: Masculino

Idade: 14 anos

Habilitações académicas: Frequenta o 7º ano

⁵ Nome fictício

Profissão: Estudante

Residência: Grande Lisboa;

Agregado familiar: mãe e irmão

*Anamnese*⁶.

Tomás foi um bebé desejado, no entanto, a gravidez foi vivida com bastante ansiedade por parte da mãe. Nesta altura a relação do casal era bastante conflituosa. Segundo o relato da mãe no decorrer da gravidez viveu um período muito conturbado porque o seu pai estava gravemente doente e por esse motivo fumou excessivamente.

Apesar de tudo, foi uma gravidez vigiada e o parto foi distócico de termo, ocorrendo na Maternidade do estado.

Segundo a mãe, o bebé era muito parecido com o irmão. Como ela refere “muito cheinho, cor-de-rosa, cheio de cabelo” (sic). A mãe teve uma depressão pós-parto, que atribuiu ao facto do avô paterno ter falecido pouco tempo depois do Tomás ter nascido. Um ano depois morreu o avô materno. Segundo a mãe, nesta altura é que a sua depressão se agravou.

Os pais foram aqueles que prestaram cuidados ao bebé nos primeiros tempos de vida. O bebé mamou durante quatro meses e devido a ser internado com uma bronquiolite, deixou de poder continuar a mamar, no entanto, teve uma fácil adaptação aos outros alimentos. Actualmente não se regista qualquer problema em relação à alimentação.

O Tomás usou chucha até aos três /quatro anos, no entanto, aos cinco, quando os pais se separaram voltou a usá-la. Sempre foi um bebé que dormiu bem e dos seis meses aos doze anos partilhou o quarto com o irmão mais velho.

Actualmente tem quarto próprio e necessita de dormir muitas horas. Por vezes, ainda recorre a cama da mãe, facto que acontece desde que começou a ficar mais triste e desmotivado. Segundo a mãe ele tem um sono muito profundo.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, o Tomás começou a dar os primeiros passos e dizer as primeiras palavras aos doze meses de idade. Foi hospitalizado duas vezes, a primeira aos quatro meses com uma bronquiolite e a segunda com uma gastroenterite aos nove anos de idade.

⁶ Os dados da anamnese já estavam recolhidos quando entramos no estágio

Actualmente está a ser seguido na consulta de pedopsiquiatria e a ser medicado com o antidepressivo (Fluoxetina) e, segundo a mãe, verificam-se algumas melhorias (mesmo na relação com ela).

Na descrição da mãe, o Tomás sempre foi um bebé calmo, reservado/tímido, nunca deu problemas até iniciar o seu percurso escolar. Quando entrou para a escola teve uma adaptação difícil e não foi muito bem recebido pela professora. O Tomás reprovou no segundo ano e a mãe considera que a professora não investia nele da mesma forma que fazia com os outros alunos. Posteriormente, volta a ficar retido no sexto ano por se ter considerado que não tinha conhecimentos para passar.

O Tomás tem agora catorze anos de idade e frequenta o sétimo ano de escolaridade. De acordo com o relato da mãe, o filho nunca gostou de estudar e manifestou-se sempre desmotivado. Vive com ela e com o irmão, Daniel⁷, de dezoito anos. Os pais estão separados desde 2004, ou seja, nesta altura o Tomás tinha cinco anos.

A relação com a mãe já passou por uma fase difícil/complicada, embora ultimamente tenha vindo a melhorar. Com o irmão sempre teve uma boa relação e são bastantes cúmplices. Sobre o pai, a mãe refere que o Tomás gosta muito do dele, mas ultimamente estão mais afastados, porque o pai foi viver para longe.

A mãe mostra-se preocupada com o filho pois, desde há um ano e meio, sente o Tomás parado, desinteressado, com muita falta de confiança e baixa auto-estima. Começaram também a surgir algumas queixas de mau comportamento na escola (não cumpre regras e não realiza as tarefas propostas). Tem vindo a baixar o rendimento escolar e no primeiro período teve sete negativas. Não tem problemas de relacionamento com os pares e, segundo a mãe, é com estes que o Tomás se refugia e expressa alguns dos seus sentimentos.

⁷ Nome fictício

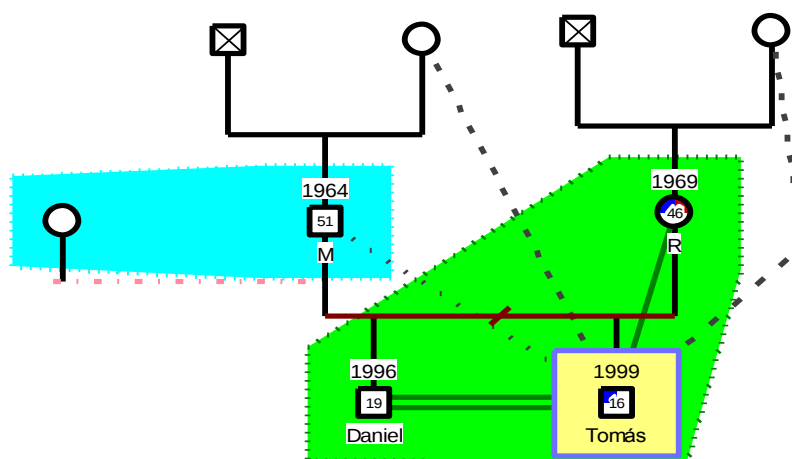
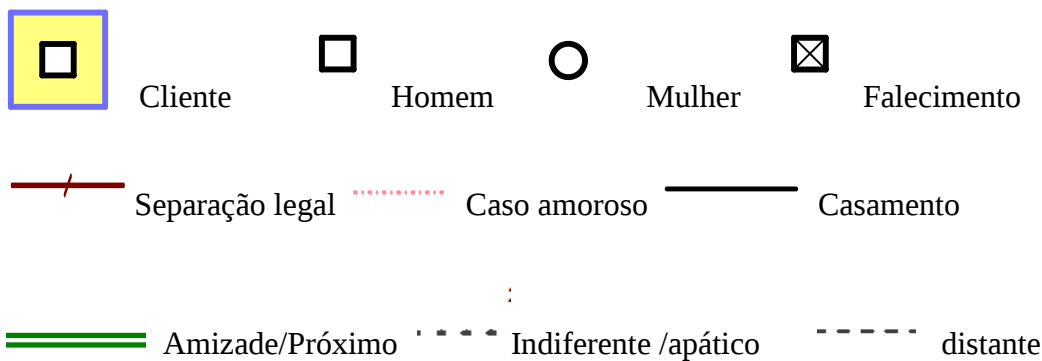


Figura 3 - Genograma Familiar do Tomás

Legenda



Dinâmica Familiar.

Em relação à dinâmica familiar o que temos a referenciar é que o Tomás não conheceu os avôs, pois faleceram ainda era bebé. No entanto, aparentemente isso parece não o afectar. Como já foi referido tem irmão mais velho com quem tem uma excelente relação e grande cumplicidade. Desde que está medicado a relação com a mãe ficou mais próxima e menos conflituosa.

O facto de o pai ter ido habitar para longe, teve impacto negativo no Tomás do ponto de vista relacional. Segundo a mãe, este sentiu-se abandonado pelo pai e ao que parece também se afastou do filho.

Na família do Tomás a única pessoa de quem temos registo que tenha frequentado consultas de psicologia e psiquiatria, foi a sua mãe. No entanto, tendo em conta a nossa observação, a senhora é uma pessoa que expressa um olhar distante, vago, por vezes

perde-se no discurso, apesar de ser coerente. Pensamos que também devia ter apoio psicológico.

Projecto de intervenção.

Foi acordado em equipa que o Tomás devia realizar uma avaliação psicológica antes de ir à primeira consulta de pedopsiquiatra. Na primeira entrevista foi explicado ao Tomás em que consistia a avaliação psicológica e qual a sua finalidade.

Foram aplicados os seguintes testes: WISC-III; Toulouse-Piéron; Teste Gestáltico visomotor Bender e o TAT.

Escolhemos passar WISC-III (Wechsler Intelligence Scale Children), porque é a bateria de testes mais adequada para crianças e adolescentes que apresentem dificuldade na aprendizagem; avalia a capacidade intelectual, sendo formada por vários sub-testes que dão informação sobre diferentes aspectos da inteligência, nomeadamente, ao nível dos dois tipos de QI (verbal e de realização).

Temos a dizer que esta escala foi passada ao jovem tendo em conta a seguinte ordem de aplicação de sub-testes: completamento de gravuras, informação, código, semelhanças, composição de gravuras, aritmética, cubos, vocabulário, composição de objectos, compreensão, pesquisa de símbolos, memória de dígitos e por fim os labirintos.

Após a conclusão da WISC-III e da análise dos respectivos dados, tivemos a necessidade de passar outro teste para confirmar alguns dos resultados obtidos. Como a velocidade de processamento foi abaixo da média esperada para a idade do Tomás, decidimos que iríamos passar o teste Toulouse Piéron para confirmar este dado. Achamos que este teste seria o mais adequado porque, temos como objectivo esclarecer com mais clareza a atenção concentrada, a capacidade de realização e a resistência à fadiga.

O teste TAT (Teste de Apercepção Temática) foi utilizado pela necessidade de obter uma informação projectiva do jovem e a sua escolha foi-nos indicada pela orientadora do estágio. Este é o único teste projectivo utilizado no serviço para as crianças da idade do Tomás, sendo assim, nós decidimos seguir a regra que está instalada. Permite obter dados relativos acerca da personalidade do indivíduo, pois através das imagens que vai visualizando, prancha após prancha, permite evocar conteúdos da sua própria vivência.

O teste Bender foi utilizado apenas para confirmarmos o resultado obtido pela WISC-III. A sua aplicação foi condicionada por ser único que o serviço tem disponível para o efeito que pretendemos.

Através da nossa observação, ao longo da avaliação psicológica, o Tomás mostrou uma certa timidez e reserva. Mantinha um olhar distante, pouco comunicativo e parecia-nos pouco motivado. Contudo, ao longo processo foi cooperando nas actividades propostas, ainda que sem grande investimento nas mesmas e revelando insegurança nas suas capacidades.

No entanto, no final da avaliação verbalizou que tinha gostado de ter feito estas provas, apresentando uma fâcies mais expressiva e descontraída.

Apresentação e discussão de resultados.

Na Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) o Tomás obteve um resultado um pouco abaixo da média do que é esperada para a sua idade (QI total de 87). O seu perfil intelectual é homogéneo, ou seja, não se verifica uma diferença significativa entre os resultados da escala verbal (QI verbal de 87, nível médio inferior) e da escala de realização (QI realização 93, nível médio).

Apresenta algumas dificuldades ao nível da compreensão e da expressão verbal. Obteve resultados significativamente baixos nas provas que remetem para a capacidade de atenção, concentração e de velocidade de processamento. Estes resultados foram confirmados pelo teste Toulouse-Piéron onde foi possível obter dados que indicam ter um nível de dispersão significativo e um rendimento de trabalho muito lento.

Na WISC-III, obteve resultados médios nas provas de aritmética (raciocínio lógico e matemático) e de semelhanças (pensamento lógico - abstrato). É de realçar que nas provas da escala de realização o Tomás obteve um resultado acima da média na prova de cubos, que remete uma boa coordenação viso-motora e estruturação espacial. Contudo, apresenta dificuldades ao nível da orientação temporal. Foi ainda realizado o Teste Guestráltico Visomotor Bender, onde os resultados relativamente à organização perceptiva confirmam os encontrados na WISC-III, ou seja, encontram-se ligeiramente abaixo da média esperada para a sua idade.

No teste projectivo TAT (ver anexo B) os procedimentos dominantes do protocolo são da série B (labilidade). As suas narrativas são longas, houve vários silêncios intra-

histórias e, em algumas, o tempo de latência entre a visualização do cartão e o início da sua narrativa, foi significativo. As histórias são construídas à volta de fantasias pessoais, por vezes, com a introdução de personagens que não figuram nos cartões. A tónica é posta nas relações interpessoais, onde os afectos são expressos com intensidade. A temática central deste protocolo é a de perda (das figuras mais significativas) e o sentimento de solidão e de tristeza face a estas.

De um modo geral, o Tomás não conseguiu dar uma resolução positiva para os conflitos evocados nas suas histórias.

Síntese.

De acordo com os resultados da testagem efectuada, o Tomás é um jovem com um potencial cognitivo um pouco abaixo do esperado para a sua idade. Há a salientar ainda um défice significativo ao nível da atenção e da concentração. Contudo, parece-nos que o mais relevante desta avaliação é o “peso” dos factores emocionais, como por exemplo: tristeza, isolamento, desmotivação entre outros, que, juntamente com outros acima referidos, nos leva a equacionar a interferência significativa no seu processo de aprendizagem.

Desta forma, sugere-se que, na escola, o Tomás possa beneficiar de apoio pedagógico acrescido, nas disciplinas em que apresentar maiores dificuldades. Seria importante que tivesse um tutor (professor de referência com o qual tenha uma relação de maior proximidade) que o auxilie na organização e planeamento dos estudos e, principalmente, que o motive para a aprendizagem. Para além do acompanhamento pedopsiquiátrico em curso, consideramos essencial que o Tomás inicie acompanhamento psicológico de modo a elaborar os aspectos emocionais que são fonte de conflito interno.

3.6.2. Caso de Acompanhamento ao Longo do Estágio

3.6.2.1. Observação clínica

A Beyoncé⁸ apresenta um desenvolvimento estatuo-ponderal adequado para a sua idade. É uma criança com uma aparência e contacto bastante agradável. É simpática e tem um sorriso rasgado apesar de ser um pouco tímida. Tem uma postura muito meiga e colaborante, no entanto, gosta de fazer “ouvir” a sua opinião. É uma excelente observadora, pois capta o implícito das nossas acções/attitudes. No início do acompanhamento tinha uma postura muito mais defensiva do que nas sessões finais, o que consideramos traduzir um processo evolutivo.

3.6.2.2. Motivos da consulta

A Beyoncé é uma criança de cinco anos de idade. Em Agosto de 2013 foi de férias com a família (mãe, pai, avós maternos, irmãs, tio e primo com seis anos), para uma região de praia, durante uma semana. Ao quarto dia de férias, deixou de falar mantendo este estado até ao presente.

Identificação pessoal

Nome: Beyoncé

Género: Feminino;

Data de nascimento: 27/2/ 2008

Nível escolar: Pré-escolar

Residência: Grande Lisboa;

Agregado familiar: pai, mãe e irmãs

Acompanhamento e avaliação: 27/03/2014 a 31/07/2014

⁸ Nome fictício

3.6.2.3. Anamnese⁹

A gravidez foi planeada, vigiada e sem problemas, tendo sido o parto foi eutócico de termo. Ocorreu num hospital da zona de Lisboa, provocado às 41 semanas. A bebé pesava 3.350KG e tinha 48cm de comprimento. Inicialmente chorava muito, levando a mãe pensar que ela estava sempre com fome. Contudo, é descrita como sendo fácil de acalmar -la.

Os pais e os avós maternos foram os primeiros prestadores de cuidados. A Beyoncé foi amamentada até ao primeiro mês e posteriormente passou a beber biberão porque a mãe deixou de ter leite. Segundo a mãe teve uma boa adaptação aos sólidos, em casa não gosta de comer, mas na escola tem dias que repete a refeição.

Em casa a Beyoncé não tem quarto próprio, pois partilha com a irmã mais velha que é apenas filha do seu pai. Os pais têm uma luz de presença no quarto, porque ela tem medo do escuro. Quando a irmã mais velha não está, precisa que os pais fiquem com ela até adormecer. No entanto dorme a noite toda e sem problemas.

Em casa dos avós a Beyoncé dorme com as irmãs e com a mãe no mesmo quarto e sem medos, enquanto o pai fica em casa.

A Beyoncé começou a andar aos dezassete meses (antes gatinhava agarrada as coisas), as primeiras frases começaram a surgir também nessa altura. Actualmente tem uma boa comunicação (apesar do mutismo actual), tem uma boa expressão facial e quando não consegue passar a mensagem que quer, utiliza uma linguagem não-verbal.

O Controlo dos esfíncteres de dia aconteceu aos dois anos e seis meses, no entanto, à noite ainda usa fraldas (tem enurese nocturna primária). É referido que o seu pai teve enurese nocturna até aos doze anos.

Os prestadores de cuidados no primeiro ano de vida foram os pais até aos dois meses e depois até aos três anos esteve aos cuidados da avó materna. Entrou para o infantário aos três anos e teve alguma dificuldade em se separar da mãe, contudo, posteriormente adaptou-se bem. Actualmente ainda permanece no mesmo infantário.

Antes de ir de férias era uma criança tímida mas conseguia afirmar-se no grupo de colegas do infantário e não permitia que a tratassem mal. Depois das férias apesar de não comunicar oralmente, encontrou estratégias que lhe permitem comunicar com os

⁹ Os dados da anamnese já estavam recolhidos quando entramos no estágio

pares e estar integrada no grupo. Gosta muito de pintar, fazer puzzles e de brincar com bonecos, mostra facilidade na aprendizagem.

Tem uma relação muito próxima com os pais, com as irmãs e com a família materna (avós e tio).

Segundo os pais é uma criança bem-disposta e está sempre a rir. Desde que tem este sintoma é mais mimada por todos e faz birras quando não lhe fazem as vontades.

Antes de irem de férias, no ano 2013, o avô materno teve um problema no coração (um enfarte) e a Beyoncé assistiu a toda a situação e ficou muito assustada, gritou e chorou muito e só a irmã mais velha a conseguiu acalmar.

Os pais da Beyoncé dizem que ela sempre foi uma criança muito tímida, tanto na escola como em casa, fala pouco com as pessoas, até mesmo com familiares. Nas férias a mãe não se lembra de nada que tenha acontecido que possa ter causado o mutismo da Beyoncé. No entanto, colocou algumas hipóteses:

- Ciúmes por ter levado de férias o primo de seis anos;
- O pai e a irmã (onze anos) brincarem com ela por carregar muito no “R” (Ela está habituada que a irmã esteja sempre do lado dela);
- A irmã mais nova começou a falar antes de irem de férias;
- Houve uma noite em que a Beyoncé e a irmã de onze anos adormeceram na sala a ver TV, passando lá a noite (a mãe coloca a hipótese de ter visto alguém a passar na rua e se ter assustado);
- Abuso sexual (a mãe emociona-se), mas diz que tal não se coloca porque esteve sempre com ela, tal como o pai.

Segundo a mãe não existem outros sintomas para além do mutismo, pois a Beyoncé mantém todas as suas rotinas. É uma criança que brinca, ri e comunica por gestos. Desde Agosto até Outubro/Novembro de 2013 não falou. Em Outubro/Novembro disse “não gosto” (sic), quando a mãe lhe estava a dar um xarope. Posteriormente, a educadora refere ouvir a Beyoncé fazer alguns sons quando vai a casa de banho.

Depois das férias de 2013 começou a ter mais medos, ficando ansiosa e hiper vigilante e começou a ter um ritual antes de se ir deitar, isto é, vai confirmar se a porta de casa e os estores estão fechados.

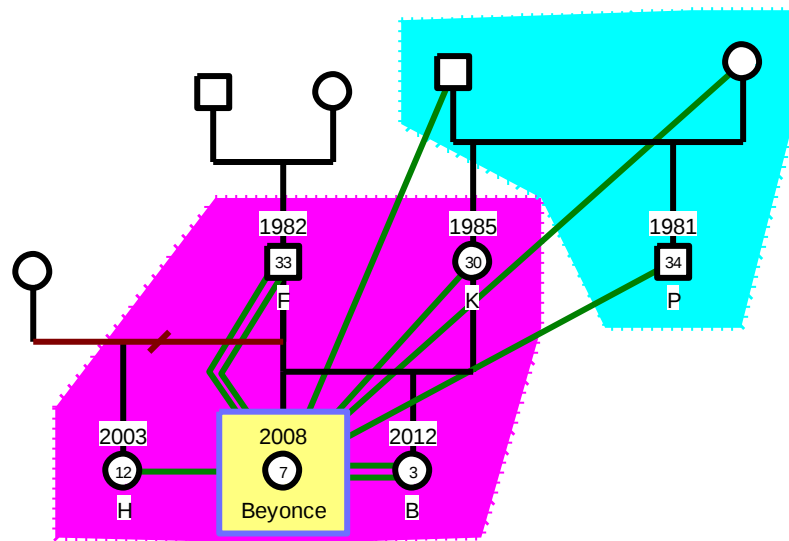
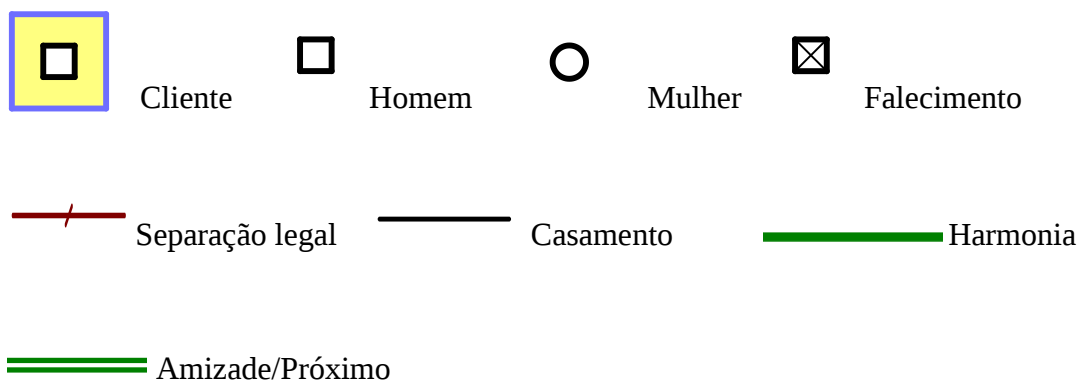


Figura 4 - Genograma Familiar da Beyoncé

Legenda



3.6.2.4. Dinâmica Familiar

A mãe da Beyoncé tem um irmão mais velho diagnosticado com esquizofrenia (tem hábitos alcoólicos, com momentos de grande descompensação. Nos últimos cinco anos teve dois internamentos psiquiátricos). A mãe da Beyoncé desloca-se para casa dos seus pais com o objectivo de os auxiliar quando este está descompensado ou alcoolizado, levando as filhas consigo. Esta situação é assumida no casal sem problemas.

O casal tem uma relação estável e harmoniosa. É notório que a mãe da Beyoncé aceita a filha do marido como sendo também sua filha e que não existe distinção dela com as filhas do casal. A conversa que tive com o pai pareceu-me em certa altura um pouco contraditória, ora dizia que as suas filhas tinham uma relação próxima com o tio e que

adoravam estar com ele, ora referia que as crianças passavam pouco tempo com ele porque este é doente e alcoólico. Através desta conversa ficamos a perceber que a relação entre os cunhados não é de grande proximidade. Isto verifica-se nas situações em que a mãe da Beyoncé vai para a casa dos pais com a finalidade de os ajudar devido aos problemas do irmão e o marido fica em casa, este, embora não se importa que ela vá, nada faz para a aliviar ou ajudar. A sua relação com os sogros pareceu-nos ser pacífica mas sem grande proximidade.

Em casa, o casal aparenta ter as regras bem definidas para educar as filhas e tentam ao máximo aproveitar as refeições para partilharem as vivências diárias.

3.6.2.5. O caso de Beyoncé à luz do desenvolvimento psicoafectivo de Hipólito

Segundo Rogers, existe uma tendência no universo, que se manifesta no ser humano, designada pelo autor – tendência actualizante. Esta encontra-se em todos os seres vivos e tem como característica atualizar as potencialidades do ser humano.

Segundo Hipólito (2011), a célula primordial (ovo) é portadora das informações (físicas e psicológicas) que permitem o desenvolvimento máximo de todas as potencialidades da pessoa, condicionadas pela presença de elementos facilitadores da sua atualização. É um processo complexo que pressupõe que progressivamente permita à pessoa a sua auto-realização.

Hipólito (2011) sublinha que o embrião pode estar sujeitos a traumas, tanto ao nível das suas potencialidades como da sua actualização. Estes traumas podem derivar de um vasto leque de situações: o feto pode ter algumas complicações de origem genética ou, por outro lado, a mãe pode não estar disponível para receber o bebé.

Tendo em conta o caso por nós apresentado, na entrevista com a mãe para compreender melhor a história de vida desta criança, ficámos a saber que a gravidez foi planeada pelo casal e vigiada ao longo de toda a gestação. Pensamos não terem existido factos concretos que possam ter ocorrido na gravidez e que tenham influenciado negativamente as potencialidades da Beyoncé.

Embora a mãe da criança, aparentemente, não valorize muito no seu discurso, parece-nos importante mencionar que tem um irmão esquizofrénico que se torna uma sobrecarga quando tem que ajudar os pais nos períodos em que está descompensado.

Podemos inferir que a mãe da Beyoncé esteve exposta a um ambiente instável, angustiante e stressante ao longo da sua adolescência e durante a gravidez, situação que pode ter tido impacto traumático no desenvolvimento das potencialidades do feto para além do eventual “traumatismo” genético implícito na patologia desse irmão (mãe). Apesar de desvalorizar o assunto (a situação do irmão) emocionou-se muito quando falou do ambiente que vivencia desde a sua adolescência.

De acordo com o autor supra referido, no decorrer da gravidez o embrião é o responsável pela própria complexificação, levando à “maturação do sistema neurológico, possibilitando o desenvolvimento do self embrionário, isto é, começa a processar-se a integração das várias experiências sensoriais no self do novo ser” (Hipólito, 2011, p.151). Este processo continua após o nascimento mantendo um ritmo diferente. Não só as capacidades físicas como também as psicológicas actualizam o seu desenvolvimento e, consequentemente, permitem que o bebé, de uma forma contínua e gradual, percepcione os limites do self orgânico, levando-o a integrar os seus limites e a ter a percepção da existência de outros significativos (a mãe ou o cuidador). Estes têm um papel importante não só pelo afecto que transmitem (fundamental no processo de vital/desenvolvimento) mas também pela ajuda na sua gradual integração das regras sócio/culturais (Hipólito, 2011). Rogers designou este processo de incorporação das condições de valor, isto é, a criança vai-se apropriando do que os pais gostam e não gostam e o seu comportamento vai ser condicionado pela necessidade de ser amada.

Tendo em conta o caso em análise, podemos dizer que a criança do ponto de vista físico e psicológico teve um crescimento adequado para a sua idade tendo conseguido fazer as aprendizagens esperadas. Teve uma fácil adaptação ao infantário e a todo o ambiente envolvente é, autónoma (tendo em conta a sua idade). Até ao dia que a Beyoncé deixou de falar estiveram presentes as condições propícias para as suas potencialidades serem actualizadas.

Manifesta, no entanto, bastante perfeccionista em tudo o que faz, levando-nos a questionar a existência da relação deste comportamento com as condições de valor interiorizadas, isto é, como deve ser para ser amada. Ao longo do tempo a criança vai percebendo que, por vezes, algumas das suas atitudes não são muito bem aceites pela mãe ou cuidador. Para não perder o amor da mãe/cuidador o bebé molda-se à vontade de quem cuidada dela, estando a aceitação dependente das condições de valor.

Segundo o que conseguimos observar da criança, esta percebe que para não perder o amor do pai sente-se “obrigada” a ser bastante exigente e perfeccionista. Pode-se dizer que passou a assumir um *self* desejado diferente daquele que realmente é, mas que assume para ser acolhida pelos outros. Para ser aceite pelo pai esforça-se para ter bons resultados. Segundo Hipólito (2011), a criança é esforçada para obter bons resultados, porque se não conseguisse atingir os objectivos pretendidos sentia que não era amada pelo seu pai. Tudo isto acontece de uma forma inconsciente/involuntária por parte da criança.

De acordo com a nossa observação é visível a cumplicidade que existe entre ambos, por exemplo, quem está na sala de espera não se consegue aperceber que a Beyoncé não fala, pois para se entenderem basta um olhar, um sorriso, um gesto (o que não acontece quando é a mãe a acompanhá-la). Por um lado, esta cumplicidade com o pai facilita a Beyoncé, ou seja, não é necessário um esforço da sua parte para se conseguir explicar. O pai da criança é muito preocupado com os resultados escolares da filha, querendo inteirar-se se ela consegue acompanhar as outras crianças nas aprendizagens.

Tendo em conta a anamnese recolhida, é possível perceber que a irmã mais nova também é muito importante para a Beyoncé. É a pessoa com que ela manifesta grande afectividade e que, de certa forma, tem algum à vontade pois é com ela que já trocou algumas palavras. Esta informação é muito importante, na medida em que é a única pessoa em quem a Beyoncé tem confiança. Esta escolha não se baseia apenas pela proximidade afectiva que as une, mas pela certeza que não irá haver fuga de informação, ou seja, esta pessoa guardaria segredo.

Tendo em conta o conceito de condições de valor podemos dizer que a criança vivencia uma contradição entre o que sente (experiência) e o que expressa. A Beyoncé pode ou não gostar, no entanto, revela ser uma boa aluna empenhada e perfeccionista. Na perspectiva de Hipólito (2011), esta criança integrou em si mesmo uma experiência diferente da que sente realmente, mas concordante com as condições de valor do pai. Tudo isto acontece sem que ela se aperceba do que está a sentir, ou ainda que se adapta para ser aceite. Actualmente o comportamento relatado pelos pais e pela educadora manifesta que o seu percurso pré-escolar é marcado com grande sucesso. Nas consultas também notámos que existe um grande investimento em tudo o que faz ou a que se propõe fazer. Poderá adiantar-se que possivelmente já são valores interiorizados.

Para Rogers (2009), sempre que as pessoas significativas valorizam algumas atitudes da criança como merecedoras de olhar positivo, a criança tende a tornar-se

idêntica e seletiva e, posteriormente, começa a evitar ter certas atitudes ou experiências pois sabe que não merecedoras de um olhar incondicional positivo. Sempre que isto ocorre, diz-se que criança interiorizou certas condições de valor. No entanto, se uma criança em crescimento, apenas experimentasse um olhar positivo incondicional dos outros, não se desenvolveria.

O fenómeno dissociativo manifesta-se ao nível do locus controlo interno (a maneira como a criança integra dentro si as várias situações e a forma como as sente) e locus de controlo externo (as decisões que os outros tomam em relação à criança). O facto da Beyoncé não falar, faz com que haja um desajustamento entre o que esperam dela e a forma como ela se expressa. Existe, assim, uma não sintonia entre o *self* desejado e o *self* real.

Consideramos que a Beyoncé é uma criança que se adapta com facilidade e não tem problemas de socialização. No entanto, ao longo das consultas notámos que a Beyoncé estava sempre ansiosa e muito vigilante em relação aos barulhos externos. Parece-nos não ter uma baixa auto-estima, pois no seio do grupo de colegas, foi referido que manifestava as suas ideias e lutava para a sua prevalência aliás fez o mesmo connosco em consulta. Quando está perante pessoas desconhecidas não mostra qualquer tipo de emoção, contudo, com as pessoas mais próximas a Beyoncé é carinhosa/ meiga. Verificámos isso nalgumas consultas, quando a Beyoncé carinhosamente passava a mão pelo nosso cabelo e sorria. Posteriormente, na sala de espera, quando as pessoas tentavam comunicar com ela, a Beyoncé ficava parada a olhar, ou baixava a cabeça sem dar grande importância à pessoa.

Segundo Hipólito se existir uma dissociação entre a cognição e a emoção, pode-se verificar o sintoma de alexitimia, “ao nível da percepção (a pessoa não consegue perceber as suas emoções e sentimentos) quer ao nível da sua expressão (a pessoa percebe, mas não consegue exprimir as suas emoções e sentimentos)” (2011, pp. 156).

No nosso entender, na Beyoncé, a cognição e a emoção andam a par e passo pois apenas não revela os seus sentimentos com pessoas estranhas ficando tímida, característica referida pela educadora e pelos pais.

Durante o decorrer da vida é normal que ocorram traumas ao nível biológico, psicológico e social, podendo desencadear traumatismos e sintomas ao longo da vida.

Os sintomas poderão ou não colocar em causa a capacidade de distinção entre o real e o fictício. Quando não ocorre esta distinção os sintomas podem querer expressar perturbações do âmbito da psicose, tal como quando surgem numa fase precoce do desenvolvimento e impedem essa mesma diferenciação. De acordo com a perspectiva da PCC, o sintoma pode ser considerado como a melhor maneira que o organismo encontrou para se adaptar às circunstâncias do presente, mantendo a melhor harmonia possível num dado momento e, conseqüentemente continuar a viver (Nunes, 1998). Neste sentido, a não desvalorização do sintoma pelo técnico, permiti-lhe ter uma melhor compreensão do sofrimento da pessoa.

No presente caso e, tendo em conta a literatura encontrada podemos referir que ao nível do diagnóstico diferencial a psicose seria um dos elementos referidos.

Para além do mutismo, não foi detectado mais nenhum tipo de patologia na Beyoncé. No entanto, devido ao historial e à luz do modelo de desenvolvimento psicoafectivo de Hipólito (2011), pensamos que apesar da Beyoncé ter sido um bebé muito desejado e a gravidez ter sido vigiada, como já referimos, a mãe durante esse período viveu no ambiente muito stressante e angustiante, devido a doença mental do irmão. Obviamente sem certeza, podemos apenas colocar como hipótese que possivelmente esta situação poderá ter tido alguma influência negativa numa das potencialidades do feto e, conseqüentemente, no decorrer da vida desta criança algum acontecimento mais stressante tenha feito com que aquela potencialidade “melindrada” (no útero da sua mãe) tenha impacto na situação que vive actualmente. Segundo Hipólito (2011) pode-se compreender a patologia através da conjugação dos traumatismos sucedidos no decorrer da vida. Estes traumatismos podem acontecer tanto ao nível das potencialidades como da actualização das mesmas.

Tendo em conta o presente caso, podemos equacionar a hipótese de que o bebé a possa ter sofrido algum trauma nas suas potencialidades ao longo da gravidez e que, actualmente, fruto de algum acontecimento tenha sido desencadeado um traumatismo na actualização das suas potencialidades. Sublinhamos que esta criança fez uma aquisição da linguagem na faixa etária adequada e, posteriormente, no decorrer de uma vivência em férias, deixou de falar, ou seja, o ambiente propício à continuação da actualização das potencialidades deixou de existir. Resta-nos dizer que a dúvida reside se esta criança nasceu com todas as suas potencialidades em pleno.

3.6.2.6. Reflexão do Caso

A Beyoncé tem cinco anos e seis meses de idade e frequenta a pré-primária. A origem do pedido vem de um Centro de Saúde da zona de Lisboa.

Esta criança foi a uma consulta de pedopsiquiatra em Fevereiro de 2014, devido à patologia que apresenta (Mutismo). Posteriormente, a primeira consulta de psicologia foi em Março de 2014, onde foi acordado com os pais e explicado à Beyoncé que seria feito um acompanhamento psicológico semanal.

Posto isto, temos a dizer que a Beyoncé é uma criança com um aspecto cuidado e no primeiro contacto revela ser uma criança muito agradável. É simpática e comunicativa (apesar de não se expressar verbalmente). Tem um olhar penetrante, um ar muito sereno, é magrinha e tem uma postura meiga. É empenhada/interessada nas actividades a que se propõe fazer, sendo esta a primeira característica que conseguimos captar desde do primeiro contacto que tivemos com a criança.

Na primeira consulta, tivemos a oportunidade de conhecer a mãe e ouvir suas preocupações em relação à sua filha. Esta disse estar menos angustiada com a situação, pois constatou que a filha fala quando está em situações de maior tensão, ou seja, sabe que não regrediu na aquisição da linguagem. A mãe refere que ela é teimosa e que às vezes não fala porque não quer. Segundo a mãe, a Beyoncé ri quando ouve as pessoas a falarem sobre o assunto (na consulta também o fez).

Ao longo da entrevista com a mãe, a Beyoncé explora a sala estando sempre com muita atenção ao que íamos dizendo, porém, acaba por se sentar na cadeira ao lado da mãe. Sugerimos que fizesse um desenho acabando por aderir bem à nossa sugestão. Quando pedimos à mãe para sair e aguardar na sala de espera, a Beyoncé não mostrou qualquer tipo de ansiedade de separação, continuou a desenhar sem mostrar sinais de ansiedade/nervosismo.

Neste momento, tentámos inserir-nos na actividade, dando-lhe lápis da mesma cor das canetas que estava a pintar. A Beyoncé aceitou bem a nossa ajuda, aliás mostrou-se muito interessada em estabelecer contacto connosco. Pensamos que neste momento começámos a construir uma relação, apesar de ser a primeira consulta, pois a cumplicidade foi notória e valorizada pela orientadora de estágio que estava a observar a nossa prestação. É de salientar que é uma criança hipervigilante aos barulhos (pessoas que passam no corredor, barulho da impressora, barulho do avião), o que também

acontece em casa. Segundo os pais, a Beyoncé antes de adormecer vai verificar se a porta e os estores estão fechados. Perante estas informações, ficamos a pensar que uma das hipóteses colocadas pela mãe possa ter mesmo acontecido, pois na triagem esta referiu que as crianças podiam ter visto alguma pessoa passar fora de casa, terem ficado assustadas e consequentemente a Beyoncé tem este comportamento actualmente.

Todas estas informações vão ao encontro da literatura que temos acerca do mutismo, pois crianças com esta perturbação são bastante observadoras controlam/vigiam em demasiado o meio que as rodeia.

Ao longo das primeiras consultas a curiosidade era muito grande em relação aos brinquedos que estavam na sala, interagindo com facilidade connosco. Começa cada sessão a explorar a sala mostrando-se indecisa mas, acaba por escolher um jogo, no entanto, muda com grande frequência. Pensamos que isto acontece porque existe uma grande curiosidade em ver o material que existe na sala. Quando quer alguma coisa, aponta e sorri.

Em cada jogo revela ser uma criança muito competitiva e perfeccionista. Fica muito concentrada na tarefa, tentado dar sempre o seu melhor, gosta de ganhar nem que para isso tenha que fazer batota. No entanto, verifica-se que fica mais ansiosa/tensa, quando isso não acontece, por vezes olha-nos respira fundo e sorri. Respondemos-lhe dizendo-lhe: “estás tão concentrada e queres tanto ganhar que, por vezes, ficas um pouco nervosa” (sic). Nesta altura a Beyoncé sorri e baixa a cabeça. Quando é a nossa vez de jogar, está sempre muito atenta para ver se falhamos (olha-nos com um ar muito sério). Quando falhamos, solta uma gargalhada. Na situação inversa dizemos:” parece que” (sic), dizemos isso a quer transmiti- lhe que falhou ou que está a fazer batota, ela olha-nos e solta uma gargalhada. É uma criança que consegue arranjar várias estratégias para conseguir comunicar. Quando o faz verifica-se que possui um grande potencial, possivelmente superior ao que se espera para a sua idade. Dizemos isto, com base na nossa observação mas também nas actividades que realizou onde mostrou claramente as suas capacidades, como por exemplo, jogos com letras e números.

Pensamos que a escolha dos jogos também não é feita de uma forma aleatória. A Beyoncé escolhe actividades que exigem pouca interacção da sua parte é, do nosso ponto de vista, uma forma de conseguir ter controlo sobre a situação.

Todos os jogos que escolhe fazem com que não tenha de ter uma postura muito interactiva, de forma a facilitar a nossa comunicação. Ou seja, escolhe jogos onde sabe

que vamos seguir as regras que supostamente estão pré-estabelecidas. No decorrer das consultas também é visível que a nossa relação cada vez está mais coesa e cúmplice. Os pais dizem que estão bastante surpreendidos com a nossa relação pois a Beyoncé sempre foi uma criança que demora algum tempo para ganhar a confiança com as pessoas, o que connosco não aconteceu. A Beyoncé começou a trazer objectos seus para as consultas (um anel partido), que nos “pediu” para restaurar. Mais tarde viemos a saber, pelo pai, que este tinha deitado fora o anel e a Beyoncé, antes de vir para a consulta, foi buscá-lo. Depois de ter sido por nós restaurado, no outro dia de manhã, é que os pais conseguiram-no retirá-lo do dedo. Pensamos que a Beyoncé a partir deste momento começa a ver-nos como uma pessoa diferente das outras com quem se relaciona no dia-a-dia. Possivelmente, podemos dizer que o anel restaurado poderá simbolizar para ela o início de uma aliança relacional.

É meiga para connosco (passa-me a mão pelo nosso cabelo e sorri), esforça-se ao máximo para a percebermos, sorrindo quando compreendemos o que pretende. Fica com uma cara séria quando não quer ou quando não estamos a perceber o que está a tentar comunicar.

Posteriormente trouxe para a consulta um livro de histórias: entra muito sorridente e aponta com o dedo para a história que pretende que seja lida. Quando acabamos a história dizemos:” terminei” (sic), ela sorri e escolhe outra história. Achamos muito significativo ela ter trazido para a consulta o livro, pois quem lê histórias são os pais, as educadoras ou algumas pessoas muito próximas afectivamente da criança. É, assim, um momento muito íntimo em que a atenção está focada na criança. Por outro lado, também consideramos pertinente a Beyoncé ter trazido para a consulta uma actividade, para nós fazermos, a qual ela não consegue realizar na medida em que não comunica verbalmente e não sabe ler. Ou seja, pede-mos para fazer o que todas as pessoas esperam que ela faça e é também o motivo por que ela começou a frequentar as consultas. Ao mesmo tempo que vamos lendo, damos algumas respostas de compreensão empática a partir do que vamos observando da sua expressão. Ela fica atenta ao que verbalizamos e sorri da resposta dada. As histórias tem um conteúdo infantil e foram escolhidas aleatoriamente. Passado algum tempo fecha o livro e vai buscar outro jogo (o micado). Quando isto acontece, respondemos-lhe empaticamente, dizendo que, naquele momento, já não lhe apetece ouvir aquelas histórias mas mudar para outro jogo. Olha para nós e sorri. No entanto, o livro fica em cima da mesa durante o resto da consulta, ainda tentámos colocá-

lo em cima de uma cadeira para ficarmos com mais espaço, mas não aceitou. Algumas vezes ainda olhou para o livro e de acordo com a sua expressão vamos respondendo empaticamente: “às vezes olhas para o livro, se calhar ainda te apetece ouvir mais algumas histórias” (sic); olha para mim e não sorri e continuamos a jogar. Continuámos a tentar decodificar o seu mundo interior e dizemos: “agora não sorriste, parece que não te apetece ouvir as histórias” (sic), a Beyoncé sorri e nós respondemos: “apesar de não falarmos uma com a outra conseguimos entendermo-nos” (sic). Nestas circunstâncias ambas sorrimos.

As consultas são sempre muito idênticas. É uma criança que gosta de explorar a sala, tendo por vezes uma postura provocatória connosco, (muitas vezes testa os limites), depois olha-nos e sorri. Nestes momentos respondemos-lhe empaticamente reforçando os limites necessários para o funcionamento da nossa sessão. Observa-nos com um ar sereno e sorri. Quando brincámos com a casa, não quis colocar as personagens em movimento ou a fazer de conta que poderiam estar a ter um diálogo. Ficámos com a dúvida se esta atitude apenas foi para evitar a interacção connosco e com as personagens, ou se estava a projectar alguma vivência sua. A criança organizou os elementos dentro da casa, deixando-nos fora da brincadeira. Perguntámos-lhe se queria ajuda, olhou-nos e não sorri. Neste momento dissemos-lhe: “hoje não precisas da nossa ajuda, preferes fazer sozinha” (sic). A Beyoncé sorriu. Meteu todos os elementos a dormir na mesma divisão da casa, inicialmente parecendo-nos que seria aleatoriamente. Depois como não conseguia organizá-los dentro da casa devidos às suas dimensões, retira-os e coloca-os a dormir no jardim pela mesma ordem que estavam no interior da casa. O bebé e a avó dentro da casa ficaram na mesma divisão separados do resto da família e, no jardim também ficaram lado a lado. Podemos inferir que a avó poderá ser um elemento protector e securizante do bebé na sua família. Destas personagens conseguimos perceber que o bebé seria a irmã mais nova que estava acompanhada da avó, também existia o avô e o tio.

Esta situação parece-nos extremamente importante. Quando conversámos com o pai verificamos que estava preocupado com a situação que a filha estava a passar, no entanto, não consegue arranjar uma explicação para o sucedido. Segundo ele, tudo se passou como é habitual, no entanto, no decorrer da conversa, o pai diz que nestas férias ele e a sua esposa se ausentaram por uma noite, pois foi necessário virem a Lisboa (algo que a esposa não referiu na consulta de triagem, chegando a dizer que estiveram sempre com as crianças) e, que quando chegaram no outro dia de manhã a Beyoncé, segundo a

irmã mais velha, estava muito fria e muito pálida. Ainda perguntamos se a criança tinha sido observada por um médico ao qual o pai responde: “não foi necessário e, eventualmente, deveria ter sido do ar condicionado” (sic). Sendo assim e, sem querer fazer nenhum juízo de valor, pensamos que esta é a primeira incongruência entre o casal. Não sabemos, se será demasiado dizer que a Beyoncé “projectou” naqueles bonecos foi a sua vivência daquela noite, pois não conseguimos apurar com certeza se o pai e a mãe estariam ali representados, apesar de haver mais bonecos a dormir.

Em relação aos desenhos da Beyoncé temos a dizer que são sempre muito idênticos. Tem por hábito desenhar um jardim com um baloiço e algumas figuras onde também se inclui. É de assinalar que num dos desenhos também fomos inseridos. Um dos aspectos que consideramos mais importante é quando desenha o contorno da sua própria mão, pois leva-nos a pensar que poderá querer deixar a sua marca. No final das consultas quer levar os seus desenhos. Em relação ao grafismo, através da nossa observação vemos que é empenhada e entusiasta nas atividades, no entanto, as figuras humanas não apresentam grandes detalhes. Posteriormente, viemos a saber através do pai que todos os desenhos que a Beyoncé levava para casa eram colocados na parede e todos os dias, antes de ir para o infantário, passava os dedos nos pedaços de fita-cola para não descolarem da parede.

Outra informação que não achamos menos importante foi o desagrado que mostrou à irmã mais nova quando esta lhe rasgou o desenho que tinha feito na consulta. A Beyoncé bateu-lhe, algo que nunca tinha feito a nenhuma criança nem a nenhuma irmã. Este facto leva-nos a considerar que aqueles desenhos são importantes e significativos na medida em que podem representar uma ligação com o espaço em que está connosco.

Outra informação pertinente é que a Beyoncé, dentro do serviço de psicologia, só estabelece contacto visual connosco, com as outras pessoas baixa a cabeça e não sorri. Esta atitude leva-nos a considerar que estabeleceu connosco uma relação significativa do ponto de vista afectivo.

Também nos foi dito (pelos pais) que no dia da consulta a Beyoncé, muito antes da hora de sair do infantário, arruma as suas coisas e prepara-se para ir embora. O pai e a educadora referem que é o único dia que ela tem este comportamento. Quando a vai buscar o pai pergunta-lhe: “hoje vamos à tua amiga?” (sic), e a Beyoncé sorri.

Após reflectirmos sobre estes dados, pensamos que ao longo destes meses conseguimos construir uma relação coesa e de cumplicidade com a criança e que nos

tornámos importantes e significativos na sua vida. Pensamos, também, que ela vê o tempo da consulta como um espaço exclusivamente seu, onde é respeitada e compreendida, sem sentir da nossa parte alguma intenção ou desejo que ela verbaliza-se alguma palavra.

Sem achar menos importante, é de mencionar que ao longo do acompanhamento, foi realizado um trabalho de cumprimento de horário da consulta, uma vez que a Beyoncé tenta prolongar ao máximo este momento. Quando lhe é referido que o tempo está a chegar ao fim, é notório a necessidade de criar estratégias para prolongar a actividade, ou em última, instância inicia uma nova. Quando dizíamos que tínhamos de ir embora, abanava a cabeça “dizendo” que não. Nós reforçávamos dizendo que o nosso tempo chegou ao fim e que para a semana continuamos. Mesmo assim era sempre complicado a sua saída.

Não podemos deixar de reflectir sobre as várias as hipóteses que são colocadas pela mãe acerca da patologia da filha, no entanto, até ao momento e de acordo com os dados obtidos pela anamnese não conseguimos ter uma ideia clara do que se passou que tenha levado a este sintoma de mutismo.

Do discurso da mãe, a que achamos ter um carácter mais pertinente é a hipótese de um possível abuso sexual. Contudo, quando a mãe volta a ser questionada pela orientadora do nosso estágio, com o marido por perto, nega ter dado tal informação. Salientamos que sempre que este assunto é abordado a mãe emociona-se.

Não podemos deixar de mencionar que esta informação dada inicialmente pela mãe nos questiona. Ou seja, se a criança estava com pessoas de família, que à partida são de confiança seria improvável ter ocorrido um abuso. Então porquê que a mãe pensa nessa hipótese? Será que a mãe não confia nas pessoas com quem deixou as filhas e daí todas as hipóteses serem possíveis. Então por que motivo nega ter dado estes dados? A mãe na primeira entrevista diz que ela e o marido estiveram sempre com as filhas, no entanto, mais tarde, quando falamos com o marido este diz que se ausentaram uma noite. Qual é o motivo que a mãe tem para omitir esta informação?

Pensando que nada disto passa de uma mera “fantasia” nossa em relação ao presente caso, surge a dúvida se esta mãe possa ter passado por alguma situação destas ao longo da sua vida e que a faz emocionar tanto quando se fala no assunto e que seja completamente desconhecido do marido.

3.6.3. Considerações Pessoais sobre o Estágio

Este estágio foi uma maneira de obter alguma prática na área da psicologia. A escolha, tal como já referimos no início do nosso relatório, foi baseada no interesse que temos pela área da psicologia infantil mas, também, por ser uma instituição hospitalar e pelo leque variado de experiências que seguramente iríamos encontrar. Findado o estágio podemos acrescentar que o desafio foi muito superior àquele que algum dia imaginámos, tornando este percurso ainda mais aliciante.

Sendo assim e, em forma de balanço, podemos dizer que este estágio aumentou em muito os nossos conhecimentos, ao nível da aplicação de testes, tal como na capacidade de reflexão sobre os casos que fomos confrontados ao longo deste percurso. Em relação às avaliações psicológicas temos a dizer que adquirimos muitos conhecimentos, tanto ao nível teórico como prático, pois no local de estágio existiu a oportunidade de “aprender fazendo”. Em relação aos acompanhamentos observados e realizados, consideramos que foi bastante enriquecedor, pois fomos “espicaçados” a olhar e a aceitar os mais variados pontos de vista.

Contudo, a parte inicial do estágio que consideramos menos positiva correspondeu ao nosso período de integração na equipa, ou, se assim também se poderá dizer, o tempo que a equipa nos demorou a aceitar ou, na verdade se nos aceitou. Não foi nada fácil e, pensamos que foi a única barreira que existiu para que este estágio findasse com mais sucesso.

Temos a dizer que o trabalho ao longo do nosso estágio foi árduo, pois tivemos momentos em que nos sentíamos completamente perdidos e sem rumo, creio que isso também aconteceu porque não houve da parte da pessoa responsável por nós no local de estágio, a responsabilidade de nos acolher, de ensinar, de apoiar, de integrar no local que para nós era completamente estranho. Notávamos esta diferença dia-a-dia pois tínhamos como referência os outros estagiários e era notório que a integração deles foi claramente mais fácil por parte de quem os acolheu.

Contudo, temos a dizer que o que nos fez continuar foi a enorme vontade de chegar ao fim e, termos como princípio nunca desistir seja qual for o obstáculo. Não esquecemos que foi imprescindível o apoio que ia aparecendo por parte da universidade no decurso das aulas de seminário, pois todas as informações que verbalizávamos em sala de aula

sobre o nosso trabalho foram valorizadas pelas docentes, o que foi muito gratificante e impulsionador para continuar o estágio.

Nas aulas de seminário tentámos sempre esclarecer o máximo de dúvidas possíveis, pois era praticamente o único local que tínhamos para o fazer.

No entanto, referimos que todos os pais e crianças que souberam que o nosso estágio estava a chegar ao fim, disseram que tinham gostado do nosso trabalho, o que, obviamente nos deixou com a sensação de termos tido um bom desempenho com as crianças que tivemos o privilégio de contactar. Ficamos com a sensação que cumprimos a nossa missão. A nossa conduta foi igual do princípio ao fim. Iniciámos este percurso com objectivos claramente definidos, onde o profissionalismo, a humildade e a responsabilidade foram os alicerces da nossa prestação. Também temos a acrescentar que não foi desta forma que foi sentido no local onde trabalhámos, fomos acusados de superioridade e de ter uma postura um pouco arrogante. Temos ainda a acrescentar que, quando estávamos no local de trabalho tentámos ser o mais profissionais possíveis, pois temos respeito por quem está em sofrimento e não consideramos que o contexto seja o mais indicado para adoptarmos uma postura menos responsável.

Não podemos deixar de referenciar as colegas de estágio na mediada em que foram um grande apoio tanto ao nível emocional como de partilha de conhecimentos. Esta partilha consideramos bastante positiva e enriquecedora pois cada estagiário pertencia a uma universidade diferente e dominava de uma forma satisfatória as mais variadas correntes da psicologia. Para nós todos os momentos de partilha tiveram um carácter muito importante para o nosso desenvolvimento e crescimento como estudante de psicologia mas também como pessoa.

Um dos sentimentos mais fortes que partilhamos não vamos consegui-lo expressá-lo da forma como ele foi vivido. Sentimo-nos pequeninos quando sabemos que somos a preferência de uma criança e que possivelmente nos aceita; faz-nos sentir que estamos a chegar até ao outro e que possivelmente temos alguma competência e valor, o que também foi sistematicamente desvalorizado por quem nos “orientou” no local de estágio.

Apesar dos momentos menos positivos se resumirem à insignificância de terem insinuado que não estávamos à altura daquele estágio, hoje agradecemos, pois tudo isso só aumentou a nossa capacidade de argumentação, de reflexão e agigantou o nosso crescimento como pessoa. Assim o nosso sentimento é de gratidão, porque sempre temos lutado para conseguir alcançar este estágio.

Resta-nos dizer que, para viver há que ter a capacidade de adaptação a todas as situações, no entanto, acrescentamos que somos apologistas que todas as pessoas devem trabalhar no ambiente acolhedor onde o bem-estar, a união e o companheirismo façam parte do dia-a-dia. Como é evidente, temos de ter o bom senso e a consciência que trabalhamos com doentes e as suas famílias que estão em sofrimento, pois o nosso dever é respeitá-los.

3.6.4. Conclusão

Em balanço final deste relatório de estágio, temos a dizer que este percurso feito num Hospital de Lisboa a par das aulas de seminário que frequentámos ao longo do nosso estágio, permitiram-nos alargar os nossos conhecimentos, partilhar experiências e pontos de vista acerca dos mais diversos casos clínicos que fomos expondo mas, também, dos casos clínicos dos nossos colegas.

Esta experiência contribuiu de uma forma muito positiva para a nossa formação enquanto pessoa e, futuros profissionais. Como tal, voltaríamos a escolher este local de estágio e a fazer as mesmas opções, pois se houve momentos em que errámos, estes serviram para nos tornarmos melhores em todas as nossas dimensões.

Todo este percurso, tal como dissemos na nossa reflexão pessoal, excedeu as nossas expectativas. Consideramos que em todas as actividades que nos envolvemos serviram para obter alguma experiência profissional, que consideramos que seria impossível adquirir-la desta forma noutra local de estágio. Ao longo deste percurso sentimos que estávamos na universidade da “vida real” e, não desvalorizando de forma nenhuma os outros locais de estágio que os nosso colegas frequentaram, sentimos que o nosso foi o mais exigente devido ao número de casos que tivemos o privilégio de contactar, mas também em relação à carga horária e às diversas situações que diariamente fomos confrontados. Contudo, consideramos que sem sombra de dúvidas foi o muito gratificante. Sendo assim, pensamos que os objectivos enunciados no início do estágio foram alcançados.

Porém, para além dos conhecimentos e experiências profissionais que retirámos deste estágio, pensamos que o que nos deixa mais orgulhosos é termos contribuído para uma melhoria do bem-estar de alguma criança.

Não podemos deixar de dizer, que este estágio com esta população foi muito positivo pois permitiu dissipar algumas fantasias acerca de como estar com uma criança em contexto clínico, mas também foi uma ótima ferramenta para percebermos como se faz uma avaliação psicológica com a “gente mais pequena”. Estes oito meses também nos permitiram recordar alguns episódios da nossa própria infância.

Apesar de só termos ouvido as histórias contadas pelas psicólogas do serviço, achamos injusto não dizer que houve momentos em que nos sentimos pequeninos a ouvir relatos de crianças que, em alguma altura, passaram ou que permaneciam no Hospital seja em que serviço for e que não conseguiram sobreviver. Todas elas nos tocaram e fizeram reflectir e, resta-nos agradecer à Vida por nunca nos ter feito passar por situações de doenças “complicadas” ao longo da nossa existência.

Não poderíamos terminar este trabalho sem antes agradecer à Professora Doutora Odete Nunes, por ter reorganizado a sua agenda e ter despendido do seu pouco tempo para orientar este relatório, o nosso muito obrigado.

Desta forma, damos por terminado o nosso relatório.

Referências Bibliográficas

- Affonso, R. (2012). *Ludodiagnóstico: Investigação através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico das perturbações mentais* (4ª ed.). (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. (Obra original publicada em 1952).
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico das perturbações mentais*. (5ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Anstending, K. (1999). Is Selective Mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13.
- Axline, V. (1972). *Ludoterapia: Dinâmica interior da Criança*. (2ª Ed). Belo Horizonte: Interlivros.
- Baldwin, S. & Cleine, P. (1991). Helping children who are selectively mute. *Educational and Child Psychology*.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Brodley, B.T. (1991). *The role of focusing in clientcentered therapy*. Presented in a dialogue concerning the role of focusing between Ann Weiser Cornell and Barbara Brodley at the Annual Meeting of the Association for the Development of the Person Centered Approach, Coffeyville, Kansas, May.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carlson, W., & Rose, A. (2007). The role of reciprocity in romantic relationships in middle childhood and early adolescence. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of developmental psychology*, 53 (2), 262-290.
- Chateau, C. (1987). *O Jogo e a Criança*. Summus Editorial.
- Cleave, H. (2009). Too anxious to speak? The implications of current research into Selective Mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, 25 (3), 233-246.
- Correia, L. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2 (22), 369-376
- Corman, L. (1979). *O Teste do Desenho da Família*. São Paulo: Mestre Jou
- Cyssau, C. (2005). *A Entrevista Clínica*. Editor: Climepsi Editores

- Eisenstein, E. (2006). Traumas e suas repercussões na infância e na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 3 (2).
- Fernandes, E. & António, J. (2004). Perturbação da Hiperatividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 451-4.
- Garfield, S. (1965). Historical Introduction. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Goldman, L. (1991). Quantitative aspects of clinical reasoning. In J. Wilson, E. Braunwald, K. Isselbacher, K. R. Petersdorf, J. Martin, A. Fauci, & R. Root (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (12th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Goodenough, F. & Harris, D. (1963). *The Goodenough-Harris Drawing Test*. New York: Harcourt Brace and World.
- Jian, X., Junyu, W. & Jinfang, L. (2009). Post-traumatic mutism in children. *Brain Injury*; 23 (5), 445-449.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-Organização e Complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Homem, C. (2009). *A Ludoterapia e a Importância do Brincar: Reflexões de uma educadora de infância*.
- Hung, S., Spencer, M. & Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children & Schools* 34 (4).
- Kolck, O. (1984). *Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: EPU.
- Koocher et al. (Eds.), *Readings in Pediatric Psychology* (pp. 27-31). New York: Plenum Press
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., Pimenta, M. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Lisboa: Placebo editora Lda.
- Lessa, L. (1953). Estudo da escala de Goodenough. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, 5 (4), 107-122.
- Marks, F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). Health psychology. *Theory, research and practice*, 3-24. London: Sage Publications.

- Marques, C. & Cêpeda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Lisboa: Quarteto
- McLaughlin, K.A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 118 (3), 659-669.
- Mitre, R. & Gomes, M. (2004). Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (1), 147-154.
- Moustakas, C. (1953). *Children in Play Therapy*. London: Sage Publications.
- Nogueira, S. (2002). Aconselhamento Psicológico como experiência de crescimento em direção à maturidade: O Desafio de Carl Rogers. *A pessoa Como Centro: Revista de estudos rogerianos*, 9-10, 13-24.
- Nolasco, F. (2011). Sociedade Portuguesa de Nefrologia. *Spnems* 7.
- Nunes, M. O. (1998). *Psicoterapia de tempo limitado e terapia centrada no cliente*. Monografia de fim de curso, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Organização Mundial de Saúde Génova (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Ispa srl.
- Peixoto, A. (2006). *Mutismo Seletivo: prevalência, características associadas e tratamento congitivo-comportamental*. Tese de Doutoramento, Rio de Janeiro.
- Pereira, A. (s.d.). *Toulouse-Pierón*. Obra não publicada.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Pires, A. & Pires, A. (1995). Psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 13, 123-130.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Climepsi Editores.
- Teiga, R. (2014). Perturbação da Ansiedade e Perturbação do Stress Pós-Traumático. In P. Monteiro (Coords.), *Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 183-200). Lisboa: Lidel
- Rohdea, L., Barbosab, G., Tramontinac, S., & Polanczykd, G. (2000). Transtorno de Hiperatividade e Defice de Atenção. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(2), 7-11.

- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1998). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales: Section J: Introducing parallel versions of the CPM and SPM together with a more powerful version of the SPM (SPM-Plus)*. Oxford: Oxford Psychologists Press.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Rodriguez, I. & Hermida, J. (1995). El perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles Psicólogo*, 63, 49-52.
- Roberts, M. (1993). Health promotion and problem prevention in Pediatric Psychology. In M. Roberts, D. Routh, G. Koocher et al. (Eds.), *Readings in Pediatric Psychology* (pp. 347-362). New York: Plenum Press.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.). *Psychology: A study of a science*. 3. *Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1974). *A Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Ed ual.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Sá, D., Albuquerque, C., & Simões, M. (2008). Avaliação Neuropsicologia da Perturbação de Oposição e Desafio. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 299-317.
- Santos, F. (2005). Mutismo seletivo: um silêncio perturbante. *Médico de Família* 86.
- Schraml, J. (1973). *Précis de psychologie clinique*. Paris: PUF. (Tradução do Alemão de 1972).
- Sharkey, L. & McNicholas, F. (2008). "More than 100 years of silence," elective mutism: A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 255-263.
- Shriver, M., Segool, N., Gortmaker, V. & Ohio, A. (2011). Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism. *Education and Treatment of Children*, 34 (3), 389-411.
- Silva, R. & Nunes, M. (2007). Teste Gestáltico Visomotor de Bender: revendo sua história. *Avaliação Psicológica* 6(1), 77-88.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento

- em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simon, M. A. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. Madrid: Pirámide.
- Tavares, M. (2012). Considerações Preliminares à Condução de uma Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica*, 11 (3), 321-334.
- Viana, A. & Beidel, D. (2009). Selective Mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57–67.
- Viana, V. & Almeida, J. (1990). Psicologia Pediátrica no Hospital S. João: Análise retrospectiva. In I. Botelho et al. (Eds.), *A psicologia nos Serviços de Saúde*, 69-73. Lisboa: Apport.
- Viana, V. & Almeida, J. (1998). Psicologia pediátrica: Do Comportamento à Saúde Infantil. *Análise Psicológica*, 1 (16), 29-40.
- Vieira, C., Fay, E. & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação Psicológica, Neuropsicológica e recursos em Neuroimagem: novas Perspectivas em Saúde Mental. *Aletheia*, 26, 181-195.
- Weschler, D. (2006). *Escalas de Inteligência de Weschler para Crianças – III* (3ª ed.). (C. Ferreira, M. Simões, Trad.). Lisboa: Cegoc-Tea
- Wilkins, R. (1985). A comparison of the elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*. 146, 198-203.
- Winnicott, D. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wright, L. (1993). The Pediatric Psychologist. A role model. In M. Roberts, D. Routh, G. Zausmer, A (1954). Um Estudo sobre o Teste Goodenough num Grupo de Pré-escolares de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de psicotécnica*, 6(4), 37.

