



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

**MESTRADO EM PSICOLOGIA, ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO**

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA NA CRIANÇA

(Relatório de Estágio para a Obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em
Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Diogo João Narciso da Costa - Nº 20130895

SEMINÁRIO DE ESTÁGIO LECCIONADO POR: Professora Doutora Odete Nunes

Universidade Autónoma de Lisboa

Professora Doutora Mónica Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE RELATÓRIO:

Professor Doutor António Mendes Pedro

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE ESTÁGIO:

Doutora Clara Castilho

Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia

Lisboa, Janeiro 2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Mendes Pedro pelo profissionalismo, por todo o apoio prestado e conhecimento que me permitiu adquirir. A sua orientação foi fundamental em todo este processo.

À Doutora Odete Nunes e Mónica Pires pela partilha de conhecimento durante as aulas de seminário.

À Dr. Clara Castilho pela amizade, simpatia e disponibilidade que foi imprescindível para todo este processo.

Ao Dr. Pedro Strecht pela sabedoria e conhecimento da criança que sempre partilhou de forma clara e esclarecedora.

A todas as crianças e respectivas famílias com quem tive o privilegio de trabalhar e estar em contacto diariamente nos diversos contextos.

Aos meus pais por me apoiarem desde sempre.

A todos os que passaram por esta etapa e que permitiram desenvolver enquanto pessoa e a nível académico.

Resumo

O presente relatório pretende descrever e analisar o trabalho realizado numa instituição de apoio sócio-médico-psicopedagógico a crianças, no âmbito do estágio curricular para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Numa abordagem teórico-prática é realizada, num primeiro momento, uma revisão de literatura sobre as problemáticas intervencionadas na instituição: depressão infantil, perturbação de ansiedade, perturbação de hiperactividade com défice de atenção e perturbação específica da aprendizagem, seguindo-se a descrição do trabalho realizado durante o período do estágio onde são expostos casos práticos de avaliação psicológica e de acompanhamento psicológico.

A depressão na criança obteve o seu devido reconhecimento apenas a partir da segunda metade do século XX, ainda assim observa-se que na literatura tem-se atribuído menos relevância ao estudo da depressão na infância comparativamente com a depressão na adolescência e no adulto. Associadas à depressão infantil, a perturbação de ansiedade, a perturbação de hiperactividade com défice de atenção e a perturbação específica da aprendizagem são descritos por vários autores como comorbilidades.

O relatório termina com uma reflexão pessoal que põe em evidência a aprendizagem fundamental adquirida e o desenvolvimento de competências essenciais à boa prática clínica, nomeadamente a importância da relação no processo terapêutico a nível individual, grupal, familiar e institucional.

Palavras-chave: Depressão infantil; Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção; Dificuldades de Aprendizagem; Relação.

Abstract

This report aims to describe and analyze the work of an institution of socio-medical and psycho-pedagogical support for children under the traineeship for the degree of Master in Clinical Psychology and Counseling. A theoretical and practical approach is carried out, at first, a literature review on the intervened problematic in the institution: Child depression, anxiety disorder, hyperactivity disorder deficit attention disorder specific learning, followed by the work description developed during the internship period where it is exposed case studies of psychological evaluation and counseling.

Childhood depression was only recognition in the second half of the twentieth century. Still, it is observed that the literature has less relevance assigned to the study of childhood depression compared with depression during adolescence and adulthood. Associated with childhood depression, anxiety disorder, the hyperactivity disorder attention deficit and specific learning disorder are described by several authors as comorbidities.

The report concludes with a personal reflection that highlights the key learning gained and the development of essential skills to good clinical practice, namely the importance of the relationship in the therapeutic process the individual, group, family and institutional level.

Keywords: Children's Depression; Hyperactivity Disorder Attention Deficit; Learning Disabilities; Relationship.

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract	III
Índice	IV
Introdução.....	VII
Parte I – Enquadramento Teórico/Revisão De Literatura	10
1.1. Caracterização da Instituição.....	11
1.1.1. As crianças.....	13
1.1.2. As famílias.....	15
1.1.3. Método de intervenção – Pedagogia Terapêutica.....	17
1.1.4. O papel do psicólogo.....	19
1.2. Revisão de Literatura.....	21
1.2.1. João dos Santos e a saúde mental infantil em Portugal.....	21
1.2.2. O normal e o patológico na criança.....	22
1.2.3. Saúde Mental Infantil - actualidade.....	23
1.2.4. Funcionamento mental.....	24
1.2.5. Depressão infantil.....	25
1.2.6. Perturbação de ansiedade.....	36
1.2.7. Perturbação de hiperactividade com défice de atenção.....	41
1.2.8. Perturbação da aprendizagem específica.....	46
Parte II – Trabalho de Estágio.....	51

2.1. Actividades Realizadas no Âmbito do Estágio.....	52
2.1.1. Acompanhamento psicopedagógico em grupo - grupo de nível mais avançado ou “intelectual”: caracterização do grupo	53
2.1.2. Participação em reuniões clínicas, psicopedagógicas e de formação.	54
2.1.3. Participação em actividades temáticas.	56
2.2. Apresentação dos Casos Clínicos	60
2.2.1. Caso Clínico A.	60
2.2.2. Caso clínico B.	81
PARTE III - Discussão.....	99
3.1. Reflexão Pessoal.....	100
3.2. Conclusão	103
Referências	105
Anexos.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo A – Certificado de formação.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo B – Colóquio Europeu de Psicologia e Ética	Erro! Indicador não definido.
Anexo C – Processo caso A	Erro! Indicador não definido.
Anexo D– Prova Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III)	Erro! Indicador não definido.
Anexo E – Prova Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM 47).....	Erro! Indicador não definido.
Anexo F – Prova Figura Complexa de Rey	Erro! Indicador não definido.
Anexo G – Prova Gráfica de Organização Perceptiva de Bender-Santucci.....	Erro! Indicador não definido.

Anexo H – Prova C.A.T. – animal - folha de procedimentos e as respostas **Erro! Indicador não definido.**

Anexo I – Relatório de avaliação psicológica **Erro! Indicador não definido.**

Anexo J - Processo caso B..... **Erro! Indicador não definido.**

Anexo K – Transcrições das sessões **Erro! Indicador não definido.**

Índice de Figuras

Figura 1 Cronograma de estágio	52
Figura 2 – Genograma caso <i>A</i>	63
Figura 3 Desenho livre caso <i>A</i>	62
Figura 4 – Genograma caso <i>B</i>	84
Figura 5 Desenho livre caso <i>B</i>	83
Figura 6 Desenho da família caso <i>B</i>	84
Figura 7 Desenho livre final do caso <i>B</i>	90

Introdução

O trabalho que se segue constitui-se como uma reflexão acerca do estágio académico que se realizou no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa – *Luís de Camões* (UAL), no ano lectivo 2014/2015 em parceria com o Centro Doutor João dos Santos, onde foi criado um protocolo entre ambas as instituições para a realização da prática da psicologia clínica com crianças. Importa referir que este trabalho se encontra redigido ao abrigo do antigo acordo ortográfico língua portuguesa.

De entre problemáticas alvo de intervenção na instituição destacam-se a ansiedade, perturbação de hiperactividade com défice de atenção, ou mesmo nas dificuldades de aprendizagem, que parecem estar associadas a um funcionamento depressivo (Correia, 2008; Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010; Salgueiro, 2004).

A depressão infantil apenas obteve o devido reconhecimento a partir da segunda metade do século XX. Até então, acreditava-se que as problemáticas pré-adolescentes eram desvalorizadas e justificadas como uma crise própria da idade. As crianças expressam os seus afectos de forma diferente dos adultos, privilegiando o agir à linguagem, isto explica manifestações depressivas diferentes, consoante a idade, podendo existir em todas as faixas etárias (Crujo & Marques, 2009).

A sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como esta se manifesta varia consoante a criança. Nestes casos, o funcionamento depressivo parece assumir-se como o diagnóstico mais comum, afectando não só o investimento no mundo interno da criança como as relações sociais e a capacidade de investir em novas aprendizagens e descobertas (Ferreira, 2002).

Uma vez que a criança se encontra em crescimento e é dinâmica e activa face ao ambiente que a rodeia, ela é necessariamente influenciada, influenciando também por via das interacções que estabelece com o meio. Através da centralidade que apresenta na vida das crianças, o contexto familiar destaca-se dos restantes meios no que respeita à promoção do desenvolvimento físico e psicológico da criança (Schaffer, 1996). Para que a criança desenvolva é necessário que a família permita um contexto estruturante e organizador, onde a qualidade das relações familiares assume particular importância (Ferreira, 2002; Goldschmidt, 2003; Salgueiro, 1995; Strecht, 2001).

Este relatório tem como objectivo incluir e consolidar os conhecimentos obtidos ao longo de toda a aprendizagem académica e encontra-se organizado segundo uma estrutura lógica, repartida por três partes.

Numa primeira parte encontra-se o enquadramento teórico que inclui a caracterização da instituição e da população utente, a metodologia de intervenção - Pedagogia terapêutica e o papel do psicólogo, seguido de uma revisão de literatura onde se abordam os temas centrais deste trabalho: João dos Santos e a Saúde Mental Infantil em Portugal; a definição do normal e do patológico; e Saúde Mental Infantil - actualidade. Por fim, apresenta-se uma exposição dos principais conceitos utilizados: depressão infantil, perturbação de ansiedade, perturbação de hiperactividade com défice de atenção e por último, a perturbação específica da aprendizagem.

Numa segunda parte são descritas as actividades realizadas no âmbito do estágio, isto é, o apoio pedagógico-terapêutico em contexto de grupo, reuniões clínicas, observações iniciais de crianças, acolhimentos familiares, dinamização e participação em todas as actividades temáticas e iniciativas da instituição, assim como as relações estabelecidas entre esta e a comunidade envolvente. Após a descrição das actividades, apresenta-se a exposição de um caso de avaliação psicológica e respectiva discussão, e de um caso clínico de acompanhamento psicológico e sua discussão.

Por último, é apresentada uma reflexão crítica acerca do processo de crescimento e aprendizagem, terminando com uma conclusão acerca do trabalho realizado.

Parte I – Enquadramento Teórico/Revisão De Literatura

1.1.Caracterização da Instituição

“A Casa da Praia: ‘é uma casa em festa’ situa-se na Travessa da Praia, ali à Junqueira” (Santos, 1988). Foi inaugurada em 1975 pelo Doutor João dos Santos e colaboradores do centro de saúde mental infantil de Lisboa. Até 1992 funcionou como centro de pedagogia experimental. Era um serviço especializado, integrado no centro de saúde mental infantil de Lisboa, também este fundado por João dos Santos.

Devido à reestruturação da lei dos Centros De Saúde Mental em Portugal, em Setembro de 1992, a instituição adoptou a designação de Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia - instituição privada sem fins lucrativos, passando a ter um estatuto independente, tutelado pelo ministério da educação, com o apoio do ministério da segurança social. Como tal, em 29 de Agosto de 1994 passou a ter o estatuto de instituição particular de solidariedade social (I.P.S.S.).

De acordo com João dos Santos (1988), esta “casa em festa” é um local que remete para a vivência colectiva e formação de grupo. A palavra casa sugere a existência de uma família, de um lar; da “praia” porque se situa na Travessa da Praia.

Esta instituição destina-se ao apoio sócio-médico-psicopedagógico de crianças que apresentem dificuldades de aprendizagem por razões do foro emocional ou comportamental (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

As crianças que frequentam a instituição têm, regra geral, subjacentes problemas de ordem emocional e afectiva, os quais se traduzem numa incapacidade de imaginar, pensar, comunicar, brincar, agir ou mesmo fantasiar, o que se reflecte numa dificuldade ou incapacidade de enfrentar as tarefas e exigências escolares (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

A recusa em pensar ou aprender, expressa-se muitas vezes em sintoma de instabilidade emocional, podendo haver também comportamentos agressivos bem como uma forte inibição cognitiva ou até mesmo relacional. João dos Santos em 1988, fala da necessidade de haver uma continuidade entre a experiência educativa da mãe e do meio envolvente, prévia à entrada da escola e o que se aprende depois do seu ingresso. Muitas destas crianças vêm já marcadas por uma falha na experiência educativa mais precoce, quer ao nível das relações primárias, da contenção e da organização, quer da estimulação, acrescendo as experiências traumáticas de vida, que colocam em causa,

naturalmente, as aprendizagens que se processam mais num contexto escolar (Santos, 1988).

Colocam-se como objectivos desta instituição prevenir problemas funcionais e/ou instrumentais das crianças que apresentam sinais precoces de dificuldades escolares, a intervenção em crianças com desadaptação à escola que não se inscrevam na evolução normal, a investigação do verdadeiro significado terapêutico e pedagógico das dificuldades de aprendizagem e o seu modo de solução, e ainda a formação de técnicos qualificados para trabalhar com crianças com estas problemáticas (Branco, 2010).

Ao longo da evolução desta instituição, os seus objectivos foram acompanhando as necessidades da população-alvo, e a comunidade envolvente, continuando assim, assentes num modelo de pedagogia terapêutica descrito por João dos Santos, que prevê a existência de uma equipa multidisciplinar tendo em vista a prestação de apoio médico, social, psicológico e educativo especializado a cada criança (Branco, 2010).

A “casa transmite um ambiente familiar” (Santos, 1988), ou seja, é uma instituição maternal, no sentido em que oferece protecção, conforto e até alimento. Como tal, e citando o site oficial da instituição, pode dizer-se que os objectivos da instituição se prendem essencialmente com:

- Prestar apoio sócio-médico-educativo especializado directo a crianças que já se encontram ou que encaminham para situações de risco e desvantagem social, por razões de ordem escolar, familiar ou pessoal;
- Promover estratégias de intervenção precoce, a nível do jardim infantil, da escola e da família, procurando ir ao encontro das dificuldades das crianças, tanto no aprender na escola como no viver com os outros, prevenindo desajustamentos futuros;
- Aperfeiçoar, no trabalho concreto com as crianças, as metodologias de observação e diagnóstico das suas dificuldades, para um levantamento mais completo das duas necessidades especiais, promovendo de modo mais eficaz a solução para os seus impasses evolutivos;
- Prosseguir na investigação de intervenções nas múltiplas vertentes dos atrasos de desenvolvimento e das inadaptações pessoais, familiares, sociais e escolares,

e nos modos mais adequados de nelas intervir, assim alargando e aprofundando as ideias de João dos Santos;

- Promover e colaborar em acções formativas para os técnicos de educação, de serviço social e de saúde, nomeadamente através de estágios na instituição, assegurando assim, a transmissão da experiência específica, nas respostas a dar às necessidades das crianças imaturas e desajustadas.

Ao criar a instituição, João dos Santos definiu quatro pressupostos que se completam entre a compreensão psicológica do desenvolvimento infantil e a aprendizagem, sendo esses a função maternal, os problemas afectivos, o papel da fantasia e o papel da família. Tais pressupostos regem, actualmente, o trabalho na instituição com o objectivo de dar respostas aos problemas afectivos e conflitos internos das crianças promovendo, assim, uma reconstrução do Eu através de um desbloquear dos seus processos cognitivos (Barros, 1999).

No entanto, para as crianças conseguirem ultrapassar as suas dificuldades é imprescindível que o local onde se encontrem seja equilibrado e harmonioso assim como a existência de um toque maternal. As crianças atendidas ou já se encontram ou estão a encaminhar-se para uma situação de risco ou desvantagem social por razões escolares, familiares (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003).

1.1.1. As crianças.

As crianças que são sinalizadas à instituição são maioritariamente de escolas ou instituições da zona envolvente e as problemáticas mais comuns são as do comportamento, associadas a dificuldades de aprendizagem (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). A maioria destas crianças já passou por experiências de insucesso e desvalorização das capacidades, uma vez que o nível de conhecimento escolar é quase nulo, não conseguindo estabelecer ligação entre os mesmos. Habitualmente são precocemente assinaladas com estado de risco, uma vez que apresentam alterações de comportamento, dificuldades de concentração, instabilidade e agressividade.

De modo geral são crianças que não tiveram figuras de referência estruturantes, evidenciando uma auto-imagem desvalorizada ou defensivamente enaltecida (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). A par disto, expõem uma imagem negativa da escola e do aprender, que se caracteriza por um acentuado desinvestimento. Para combater esta falha, necessitam de um espaço relacional securizante e (re)construtivo que lhes permita a troca de experiências de modo a poder perceber-se a origem das suas dificuldades (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

No mesmo sentido, de acordo com Goldschmidt (2003) a instituição funciona de forma a perceber o mundo interno da criança e suas relações em contexto, tendo como principal objectivo o seu desenvolvimento psicológico e afectivo. Pedro Strecht (2005) afirma que uma das funções da instituição é a reconstrução afectiva das crianças que não conseguem fazer aquisições escolares, não por questões cognitivas, mas sim por questões emocionais.

Em saúde mental infantil não é fácil classificar doenças psíquicas ou perturbações emocionais, uma vez que os quadros são pouco estanques e o funcionamento maleável. Assim, é usual nesta instituição fazer diagnósticos estruturais, e não apenas nosológicos, nos quais se procede à identificação de linhas gerais do funcionamento mental (Strecht, 2001). No entanto, são as classificações que permitem compreender o funcionamento psicológico, assim como elaborar um projecto de intervenção terapêutico (Ramos, Silvério e Strecht, 2005).

Para melhor entender o indivíduo estabelece-se, frequentemente, uma ligação entre as suas vivências passadas, as actuais e as perspectivas futuras, dando relevo ao facto de este se encontrar num mundo onde se relaciona (Braconnier, 2000; Strecht, 2008). Segundo Strecht (2008), o objectivo não é tratar o sinal ou o sintoma em si, mas compreender a sua origem, e é nesta origem que se procura intervir.

Deste modo, o Centro Dr. João dos Santos é uma instituição que privilegia a perspectiva psicodinâmica, isto é, não olha para a criança de uma forma isolada, mas faz uma leitura dinâmica dos sinais e dos sintomas que manifesta (Ramos, Silvério e Strecht, 2005), no entanto, há uma integração de outras perspectivas, nomeadamente a abordagem sistémica, uma vez que o trabalho é desenvolvido pela instituição abrange a família, a escola e toda a comunidade envolvente da criança. Poder-se-ia dizer, em suma, que o modelo aplicado na instituição se aproxima ao integrativo.

Segundo a classificação estrutural, podem identificar-se quatro linhas: a neurótica, a borderline, a depressiva e a psicótica. Na instituição predomina o acolhimento de crianças da linha depressiva. Estas têm uma auto-imagem desvalorizada e baixa auto-estima, muitas vezes com histórias de fracasso e insucesso, que tendem a ser desvalorizadas e desinvestidas do ponto de vista escolar. O mal-estar interno é, assim, manifestado através do comportamento, seja ele de instabilidade, agressividade ou oposição, ou, de forma antagónica, através do isolamento, inibição, da recusa e retirada da relação (Ramos, Silvério e Strecht, 2005). Habitualmente tendem a ter histórias de vida caracterizadas por pouca estimulação cultural e/ou pobreza de figuras de referência. Isto é, são pouco investidas e abandonadas, onde predomina uma não estruturação do “eu” por pouca estimulação relacional (Strecht, 2005).

Com menor frequência encontram-se também na instituição crianças com estruturas do tipo *borderline*. Estas caracterizam-se principalmente por um funcionamento onipotente, poucas regras e limites, baixa tolerância à frustração reagindo a esta com comportamentos agressivos e destrutivos. Os quadros psicóticos são raros na instituição e, quando surgem, são encaminhados para serviços onde lhes seja dada uma resposta eficaz (Ramos, Silvério e Strecht, 2005).

Na maioria dos casos, os sintomas que as crianças evidenciam têm origem nas dinâmicas e patologias familiares: situação de divórcio, figuras parentais ausentes, alcoolismo, toxicodependência e outras perturbações mentais, maus-tratos ou existência de uma relação fusional entre mãe-criança (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003).

Os pedidos de observação para apoio ou orientação das crianças provêm de vários órgãos ou entidades como directores escolares, médico de família, equipas de apoio especial ou serviços de psicologia ou mesmo a família, através de protocolo estabelecido. A instituição acolhe também pedidos provenientes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e do departamento de pedopsiquiatria do hospital D. Estefânia, sendo que outras instituições da comunidade, como a Casa Pia de Lisboa, estão também contempladas (Ramos & Silvério, 1999).

1.1.2. As famílias.

Desde o nascimento, a criança está envolvida no meio relacional da família (ou substituto) e esta será a referência básica das ligações emocionais da criança (Strech, 2008). O desenvolvimento das crianças insere-se nos contextos sociais com os quais contacta, sendo o contexto familiar aquele que mais se destaca dos restantes para a maioria das crianças, devido à centralidade que apresenta na vida dos sujeitos. De acordo com Schaffer (1996) “a família é o primeiro e o mais importante contexto para o crescimento físico e psicológico”.

Para que este processo ocorra de forma harmoniosa é necessário que a família possibilite um contexto estruturante e organizador, com destaque para a diferenciação de gerações e sexos, onde a qualidade da relação de casal e da relação pais-filhos assume particular importância na forma como as crianças se sentem investidas pelos pais (Goldschmidt, 2003). De acordo com Pedro Strech (2008), quando não existe uma adequação necessária, as dificuldades escolares que as crianças apresentam podem corresponder à ausência ou inconsistência do *holding*, isto é, podem aparecer em crianças onde não houve constância afectiva nem a construção de um espaço de vida psíquica, ficando o instrumento cognitivo desequilibrado à custa de um mau funcionamento afectivo.

A maior parte das crianças que frequenta a instituição é proveniente de famílias caracterizadas pela carência socio-económica, ausência de figuras parentais de referência e/ou pela existência de perturbações individuais e relacionais.

Maioritariamente provenientes de contextos sociais de risco (Strech, 2001), são pais que têm dificuldade na leitura dos afectos dos filhos e na resposta. Consequentemente, parte do trabalho feito na instituição é a sensibilização para a capacidade e qualidade parental (Goldschmidt, 2005), na medida em que a saúde mental de uma criança e a sua capacidade para se desenvolver, provêm, do espaço virtual promotor do desenvolvimento que os pais constroem na relação com o/a filho/a (Salgueiro, 1995). Assim, “mesmo que uma criança se fragilize muito na sua inserção escolar, se tiver uma boa base de apoio familiar, estará mais apta a ultrapassá-la do que se essa falha for concomitante ou secundária a uma dificuldade familiar” (Strech, 2001).

1.1.3. Método de intervenção – Pedagogia Terapêutica.

O método preconizado na instituição é a pedagogia terapêutica. Este consiste numa observação sistemática da criança bem como na avaliação dos seus resultados evolutivos. Os meios da pedagogia terapêutica utilizados são, sobretudo, a qualidade da relação estabelecida com a criança, que deve estimular a sua autoconfiança de forma a potenciar a sua auto-estima, integrando os conhecimentos académicos. São mais utilizados como instrumentos os do foro projectivo na medida em que as produções da criança importam mais por aquilo que expressão acerca do seu funcionamento mental e não tanto por o que mostram (Santos, 1976).

A filosofia da instituição baseia-se na arte de curar e de educar, isto é, na ideia de que, na sua base, estas intervenções são idênticas e a psicologia e a pedagogia podem enriquecer uma com a outra. As dificuldades de adaptação à escola primária e na relação com os outros derivam de desvios na evolução normal das crianças ou de perturbações emocionais e psíquicas que já se encontram demasiado organizadas para poderem ser resolvidas através de uma orientação pedagógica (Barros, 1999). Assim, a pedagogia terapêutica não consiste numa pedagogia correctiva, mas utiliza métodos da mesma, do ponto de vista técnico, incidindo na acção humana. A pedagogia correctiva é utilizada na reeducação de pessoas com deficiência motora e mental incluindo diferentes métodos de ultrapassar as dificuldades destes indivíduos, retirando-se daqui elementos como novos instrumentos, métodos e materiais que servem para o tratamento das dificuldades que perturbam o processo de aprendizagem das crianças. A criança pode ser ajudada nas tarefas escolares apenas pela presença do terapeuta que a estimula e permite que a criança descubra os seus próprios erros (Santos, 1976).

Tendo como objectivo criar e aperfeiçoar métodos preventivos e de tratamento aplicáveis às dificuldades escolares a partir da possibilidade de tratar dificuldades no processo de aprendizagem, o pedagogo - terapeuta deve perceber o que é o funcionamento mental, desligando-se do preconceito escolástico e retrógrada de que se funciona mentalmente apreendendo as técnicas que resultam do uso de uma cultura escrita e de que a inteligência é uma função mecânica (Santos, 1976). De acordo com João dos Santos (1988), deve enfatizar-se a inteligência-qualidade, isto é, a “qualidade do que é afectivo ou afectuoso, do que é fantasma ou fantasia, do que é imaginado ou

mítico no pensar da criança e, sobretudo, do que é sonho e actividade simbólica” (Santos, 1988).

O trabalho com estas crianças passa, por outro lado, pela sua concepção enquanto pessoa singular, havendo uma preocupação com os seus interesses, saberes e vivências, tentando, assim, perceber o que está na origem das dificuldades que apresenta. Para tal, é fundamental criar um ambiente de segurança que permita uma estabilidade emocional, pois “a segurança traz conhecimentos, os conhecimentos aumentam a segurança” (Santos, 1988).

A metodologia aplicada na instituição tem, assim, como base os pressupostos acima referidos. Após o pedido de admissão, procede-se a uma observação psicológica e pedagógica, geralmente realizada por um psicólogo e um professor (Ramos & Silvério, 1999).

Nesta observação pretende-se, num ambiente informal, estabelecer uma relação com a criança, de forma a perceber as suas qualidades para a adesão escolar (Ramos & Silvério, 1999). São, geralmente, pedidos dois desenhos à criança: um de tema livre e um desenho da família. Os desenhos são acompanhados de uma história que a criança conta e que de certa forma permite aceder às suas fantasias e à forma como entende o mundo que o rodeia. É importante referir que não são aplicados testes psicométricos nas observações iniciais da criança. Paralelamente, um técnico de serviço social realiza uma entrevista com a família da criança com o objectivo de tentar conhecer a realidade familiar para formalizar um conceito do funcionamento familiar (Ramos & Silvério, 1999). A recolha de dados junto da escola ou instituição que a criança frequenta é também prática indispensável neste processo. Esta recolha não se processa numa fase inicial, mas ao longo do tempo, caso a criança seja admitida. Há uma ligação constante entre os técnicos da instituição e a escola.

Posteriormente, toda a informação recolhida é apresentada e discutida numa reunião de equipa multidisciplinar constituída por professores, educadores, psicólogos, psicomotricistas, técnico de serviço social e, orientada por um pedopsiquiatra, com o objectivo de estabelecer uma admissão da criança e em que condições tendo em vista a problemática da criança. Para João dos Santos “só existe equipa quando todos os técnicos se reúnem periodicamente para confrontar os seus resultados, não só do ponto

de vista da sua técnica específica de avaliação e acção, mas também da sua maneira pessoal de compreender a pessoa do observado” (Santos, 1988).

Em caso de admissão da criança, a discussão dos casos em reunião de equipa passa a ser periódica, com o objectivo de reavaliar a evolução e desenvolvimento da criança. O contacto com a escola bem com a família da criança é contínuo, através de reuniões, encontros esporádicos, acompanhamentos regulares ou consultas terapêuticas, especialmente para a família, ou através de reuniões de discussão e avaliação, essencialmente com a escola (Ramos & Silvério, 1999).

De acordo com a observação realizada, as linhas de intervenção podem passar por um apoio pedagógico-terapêutico em grupo, sendo este o modelo privilegiado, ou apoio pedagógico-terapêutico individual. A sua intensidade é variável, dependendo das necessidades específicas da criança bem como do próprio parecer dado pela escola. Em situações excepcionais, pode optar-se por um apoio terapêutico individual. O encaminhamento para outro serviço ou instituição pode ser uma decisão tomada, podendo ser assumida de imediato ou após uma observação mais prolongada da criança. A avaliação psicológica ou reavaliação, no caso de crianças com diagnóstico prévio, realiza-se, por norma, no início do acompanhamento e ao longo do tempo de intervenção, servindo, neste caso, para monitorizar resultados.

1.1.4. O papel do psicólogo.

O psicólogo clínico é, antes de mais, um profissional que se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético. Sendo o psicólogo clínico aquele que presta serviço directo e personalizado, este tem como finalidade definir as capacidades e características do comportamento de cada indivíduo através da observação. Tem por base um referencial científico que proporciona a inscrição num conhecimento legitimado por uma comunidade científica (Leal, 2008) sendo a ciência da conduta humana, baseada na observação e na análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos (Pierón, 1968, cit. in Leal, 2008).

Ao psicólogo clínico que desenvolve a sua actividade neste tipo de instituição exige-se vocação e empenho numa intervenção especializada para o desenvolvimento integral das crianças e para a construção da sua identidade pessoal, de forma a conceber

e participar na definição de estratégias e na aplicação de procedimentos de orientação educativa que promovam o acompanhamento da criança ao longo do seu percurso escolar (Leal, 2005).

O papel do psicólogo consiste em intervir a nível psicológico, através da observação, orientação e apoio, mas também na participação nos processos de avaliação multidisciplinar e no desenvolvimento de programas e acções de aconselhamento a nível individual ou de grupo, bem como na colaboração no levantamento de necessidades da comunidade educativa com o fim de propor a realização de acções de prevenção e medidas educativas adequadas, participando ainda em experiências pedagógicas (Leal, 2005).

Na instituição, o Psicólogo contribui com os seus conhecimentos para a compreensão da dinâmica psicológica das crianças, devendo estar atento a todos os momentos para conseguir perceber o brincar, o silêncio e a forma de sentir da criança. Com a participação em reuniões clínicas, ou em conversas informais, o psicólogo pode trocar experiências com os restantes técnicos da equipa, reflectir e formular hipóteses relativas ao funcionamento mental das crianças e sugerir estratégias de intervenção.

Além destes aspectos, o psicólogo é ainda responsável por acompanhamentos individuais (complementarmente ao apoio pedagógico-terapêutico em sala) e pela realização de avaliações psicológicas. Através da avaliação psicológica, é possível a elaboração de um psicodiagnóstico diferencial, que permite uma compreensão mais aprofundada do funcionamento mental, orientando o acompanhamento psicológico posterior. Neste, como condição necessária para o sucesso da intervenção, o psicólogo adopta uma postura de suporte e contenção com o objectivo de diminuir, aliviar ou extinguir o sofrimento da criança e restabelecer o seu bem-estar e equilíbrio emocional. De forma complementar, mas fundamental, o psicólogo na instituição intervém ainda com as famílias, através de reuniões ou consultas terapêuticas, o que lhe permite ter uma compreensão mais integrada e abrangente da criança e do meio que a envolve.

Conclui-se, assim, que a psicologia está, por tudo isto, presente na instituição de forma constante, quer na troca de experiências, quer na formação ou domínio teórico, quer na intervenção especializada do psicólogo.

1.2. Revisão de Literatura

1.2.1. João dos Santos e a saúde mental infantil em Portugal.

Para falar de Saúde Mental infantil é fundamental falar do papel que o Doutor João dos Santos teve na evolução da mesma em Portugal.

Formando-se inicialmente no Instituto Nacional de Educação Física, onde seguiu a carreira de professor e colaborou na reeducação de crianças com problemas de desenvolvimento, João dos Santos licencia-se em medicina na especialidade de psiquiatria infantil, em 1939, para compreender melhor a criança (Mendonça, 2003).

Numa época em que se valorizava apenas a perspectiva médica dos comportamentos anormais infantis, inicia, em 1940, o estudo da criança, a par da especialização em neuropsiquiatria no manicómio Miguel Bombarda, dedicando-se, poucos anos depois, aos pavilhões infantis no hospital Júlio de Matos, dos quais o director António Flores o tinha encarregue. Esses pavilhões eram verdadeiros asilos, “destinados a asilar as crianças mais perturbadas, em geral com debilidades profundas e grandes agitações” (Branco, 2010).

A sua mentalidade veio transformar a reforma nos hospitais em Portugal. Participa em grupos de estudo, nos quais se analisava o estado da educação em Portugal e projectava a sua reforma tentando modificar mentalidades, instituições e métodos de ensino, o que resulta na sua expulsão dos hospitais, em 1946, deixando, assim, de poder assim exercer as suas funções públicas. Decide então seguir para Paris onde aprende com diversos nomes como Henry Wallon, Jean Delay, J. de Ajuriaguerra e Henry Ey (Mendonça, 2003).

Em 1950 regressa ao hospital Júlio de Matos e inicia uma nova era na psiquiatria infantil, na qual “cada criança seria compreendida e tratada em função de si própria e da circunstância particular” (Mendonça, 2003). Em 1952 implementa em Campo de Ourique, um Centro de Saúde Materno – Infantil (Centro Sofia Abecassis) com o objectivo e acompanhar as mães antes do nascimento (“condicionante de possíveis desequilíbrios emocionais no futuro”). Em 1954 preside os seminários psicopedagógicos no colégio Eduardo Claparède e em 1958 reúne uma equipa no Hospital Júlio de Matos com o objectivo de fomentar conhecimentos e transmitir conhecimentos da prevenção e análise das reacções das crianças (Mendonça, 2003).

Em 1958 realiza-se em Portugal o 4.º Congresso mundial de psiquiatria Infantil e, com esta nova mentalidade, a Ordem dos Médicos reconhece a neuropsiquiatria infantil como uma nova especialidade. Portugal é dos primeiros países europeus a criar uma lei nacional – Lei 2118 – Lei da Saúde Mental, em 1963, denominada por Lei da Saúde Mental, que originou a criação vários centros de saúde em vários distritos, dando lugar a movimentos como a psiquiatria social e a uma ligação com os cuidados de saúde primários (Mendonça, 2003; Ministério da Saúde 2008).

Neste contexto, João dos Santos cria o Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa, propondo a intervenção com equipas multidisciplinares com os técnicos de várias áreas, e em 1974, o externato de pedagogia terapêutica – Casa da Praia “destinado ao estudo e tratamento de crianças com problemas de aprendizagem escolar”. Em 1983, com influência de Manuela Eanes, é criado o Instituto de Apoio à Criança, com o objectivo de coordenar uma política de saúde nacional e coerente com a protecção materno-infantil. Este Instituto ainda hoje se rege pelos seus princípios (Branco, 2010).

1.2.2. O normal e o patológico na criança.

Na medida em que definir normal ou patológico numa criança é bastante complexo uma vez que esta ainda está em desenvolvimento e as suas estruturas são móveis, durante a evolução infantil é importante apreciar o valor económico de um sintoma ou o potencial de labilidade das estruturas mais ou menos fechadas, e saber valorizar o tipo de organização da personalidade. Determinados tipos de personalidade, apesar da sua aparência patológica, correspondem a organizações em adaptação em função da evolução da criança ou do aspecto particular do ambiente que influencia e oferece a doença com menos esforço (Ajuriaguerra & Marcelli 1986). Assim, a definição de normal e patológico é uma questão pertinente, intimamente ligada à saúde mental (Gama, Campos & Ferrer, 2014).

A palavra “normal” deriva do latim “norma”, que significa “regra”, e pressupõe um comportamento relacionado com o que é permitido fazer numa determinada cultura. Nesta linha de pensamento, prima um critério exterior ao indivíduo no qual o comportamento normal seria o que se espera tendo em conta a situação numa

determinada cultura. A palavra “patológico” deriva, por seu turno, do latim “pathos”, remetendo para uma dimensão subjectiva e individual do sofrimento psicológico, que se mostra na experiência, no discurso e na relação com os outros (Teixeira, 2010).

De acordo com Teixeira (2010) o conceito de normalidade psicológica e saúde mental implica um estado de bem-estar psicológico através do qual o individuo desenvolve as suas próprias capacidades e potencialidades, relacionando-se com o outro de forma significativa, podendo lidar de forma eficaz com o stress, trabalhando de forma produtiva e com satisfação e sendo capaz de contribuir para a comunidade onde se insere.

1.2.3. Saúde Mental Infantil - actualidade.

A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Como tal, a OMS (2012) definiu três factores que influenciam a saúde mental: (1) Factores individuais – auto-estima, maturidade emocional e cognitiva, capacidade comunicacional e uso de medicamentos ou substâncias químicas; (2) Factores sociais – suporte familiar e de amigos, estilo parental e interacção familiar, historial de abusos ou violência, nível de escolaridade, segurança financeira e satisfação com a vida escolar ou profissional; (3) Factores ambientais – tipo de acesso a serviços básicos, nível de integração, igualdade social e de género, segurança física e material e sentimento de justiça social e integração.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2007-2016 – o Guia de Saúde Mental Infantil, todos os sinais devem ser tidos em conta pelos profissionais para, assim, dar a resposta adequada a cada caso (Marques & Cepêda, 2009).

A OMS (2012) define uma série de sintomas a serem tidos em conta, tanto na primeira infância, como em idade escolar:

- Na primeira infância – dificuldades na relação mãe-bebé, falta de estímulos exteriores e dificuldades de auto-regulação, dificuldade em estabelecer relação com o outro, perturbação alimentar grave, insónia grave, incapacidade de interagir;
- Em idade escolar – hiperactividade, dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo sem diagnóstico e sem presença de factores pedagógicos

adversos, medo excessivo, ansiedade, dificuldade em adormecer, pesadelos regulares, violência, comportamento de oposição, dificuldade de socialização, somatizações múltiplas e/ou persistentes.

O diagnóstico de estados emocionais-afectivos, a sinalização precoce e a promoção da saúde mental surgem como propósito pertinente no contexto dos cuidados de saúde primários (Apóstolo, Ventura, Caetano & Costa, 2008).

1.2.4. Funcionamento mental.

Não podemos definir quadros clínicos sem mencionar a organização económica profunda do cliente no plano psíquico e sem referir as balizas estruturais conhecidas pela sua estabilidade. Só assim se torna possível perceber a forma como o cliente se organiza e, conseqüentemente, como deve ser entendido (Bergeret, 2004).

Durante muitos anos havia confusão acerca dos sentidos atribuídos aos termos “neurótico” e “psicótico”. É importante que esta não se faça entre sintoma e funcionamento mental. Enquanto não existe certeza num diagnóstico estrutural, numa primeira fase, utilizam-se formulas flexíveis como o termo “sintoma”, de forma a manifestar a nossa preocupação em pesquisar, com maior exigência, o modo de organização económica profunda do cliente. Esta definição não se deve à necessidade em classificar, mas sim de compreender melhor os processos psíquicos que determinam o cliente em relação a si mesmo e aos outros (Bergeret, 2004).

O termo “neurótico” e “psicótico” são habitualmente usados para designar uma doença psicopatológica, ou seja, um estado de descompensação visível de uma estrutura, devido a uma inadaptação da organização profunda, que se encontra fixa no indivíduo em circunstâncias novas, sejam estas interiores ou exteriores, que se tornam mais poderosas do que os meios de defesa de que este dispõe (Bergeret, 2004).

De acordo com Bergeret (2004) é um facto que não existem apenas em psicopatologia as linhas neuróticas e psicóticas. O autor refere que é consensual a existência de estruturas que ocupam uma posição média entre a estrutura neurótica estável e a estrutura psicótica estável: trata-se da categoria dos estados-limite (Borderline) e estruturas depressivas. Estas estruturas intermédias não deixam de ser

uma estrutura específica e não significa um termo de passagem de uma estrutura para a outra. No entanto esta linha intermédia aparece como uma organização mais frágil do que as outras estruturas e não como uma «estrutura» autêntica, fixa e irreversível.

1.2.5. Depressão infantil.

Embora a depressão infantil tenha sido negada durante muitos anos, actualmente, segundo Teresa Ferreira (2002), é o diagnóstico mais frequente na clínica infantil. No entanto esta patologia precisa ainda de investigação científica quando comparada com a depressão na adolescência ou do adulto. Esta realidade pode dever-se ao facto de que apenas a partir da segunda metade do século XX a depressão na criança obteve o seu devido reconhecimento (Câmara, 2005; Carvalho, Milheiro & Garrido, 2006; Coimbra de Matos, 2007; Palacio-Espasa, 2002; Santos, 2000).

A depressão é uma problemática de saúde pública a nível mundial, que gera sofrimento psíquico complexo e que gera fortes danos psicossociais (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008). Pode ser considerada uma reacção a um acontecimento, sintoma ou indício de doença, manifestando mudanças cognitivas e comportamentais no indivíduo (Abreu, 2007).

No entanto, a sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta varia consoante o indivíduo, sendo possível encontrar teorias e perspectivas, cujo objectivo sempre foi o de entender, descrever e melhor explicar a psicopatologia depressiva (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosying, 2006).

Perspectiva Histórica.

Os bebés têm capacidade para as trocas intersubjectivas com os outros desde o início da vida através de representações mentais implícitas das interacções, isto é, a criança desde o seu nascimento incorpora as maneiras de agir dos seus pais (Pedro, 2012). Com efeito, a depressão na teoria do desenvolvimento da criança foi evoluindo

ao longo do tempo. Assim, serão descritas referências relevantes do estudo da depressão infantil.

Em 1912 Karl Abraham descreve a “distímia primária” infantil, como o núcleo gerador da depressão do adulto, referindo como factor etiológico o desapontar ou a desilusão com os pais. O mesmo autor afirma ainda que a dor é uma reacção normal à perda e a melancolia resulta do sentimento de culpa (Abraham, 1927).

O primeiro autor a abordar a existência de uma posição depressiva nos bebés é Melanie Klein em 1934, referindo-a como um acontecimento normal do desenvolvimento da criança, seguindo-se os estudos de Spitz e por último de Bowlby, indicando já estes últimos a existência de um quadro clínico de depressão, como uma reacção possível dos bebés (Marcelli, 2005).

É com os estudos de Spitz sobre o comportamento infantil que surge o termo *Depressão Anaclítica* (Spitz, 1979). Spitz interessa-se especificamente pela relação mãe – criança. A *Depressão Anaclítica* é, então, definida como um “síndrome psiquiátrico de natureza depressiva (...) relacionada com uma perda do objecto de amor, combinado com uma total inibição de tentativas de restituição através da ajuda do corpo do Ego actuando em linhas anaclíticas” (Spitz & Wolf cit. in Van der Horst & Van der Veer, 2008). Com uma duração de aproximadamente três meses, podendo ser acompanhada de um agravamento da condição, esta advém de uma diminuição do comportamento de choro, que é substituído por uma rigidez da expressão facial, traduzindo-se numa ausência de expressão e num “olhar distante, como se estivesse (o bebé) em estado de estupor, aparentemente sem que o bebé perceba o que acontece à sua volta” (Spitz & Wolf cit. in Van der Horst & Van der Veer, 2008). Os sintomas da depressão anaclítica podem ser classificados como sintomas “vegetativos”, como os que se manifestam na depressão do adulto, sendo encarados como uma resposta ao trauma actual (Spitz, 2004).

Para Spitz (2004), as trocas afectivas são necessárias para uma saúde física e para um desenvolvimento saudável nas crianças. Esta interacção é fornecida pela reciprocidade entre a mãe (ou outro substituto) e criança e a privação desta reciprocidade é perigosa para o desenvolvimento da personalidade da criança (Spitz, 2004).

Nesta linha de pensamento, John Bowlby (1973) refere que a depressão anaclítica poderia ser o padrão da depressão no adulto, baseada na ansiedade de separação e na ruptura do vínculo afectivo. Para o autor, a depressão é um afecto de base que surge na sequência de uma perda ou da previsibilidade de uma perda afectiva sofrida pelo sujeito (Bowlby, 1973).

Para Bowlby, a idade mais sensível situa-se entre os 3 meses e os 5 anos de idade, observando-se após uma separação: (1) Uma *fase de protesto* adequado à separação – a criança chora, agita-se, está inconsolável, mas após 2 ou 3 dias as manifestações ruidosas acalmam; (2) *Fase de Desespero* – a criança recusa ser vestida e alimentada, retira-se ou permanece inactiva, parece estar numa fase de luto; (3) *Fase de desvinculação*, na qual a criança já não recusa a presença dos cuidadores, da comida ou dos brinquedos. A criança nesta fase pode não reconhecer a mãe ou mesmo desviar-se e na maioria das vezes chora ou grita (Marceli, 2005).

Bowlby (1980) dá especial relevância às representações da mãe que a criança constrói, já que a capacidade para reconhecer ou recordar a figura da mãe surge primeiramente como sendo mais significativa afectivamente, na medida em que tende a ser com ela que troca mais experiências. Segundo o autor (Bowlby, 1988), os padrões de vinculação têm tendência a persistir ao longo do tempo, por um lado porque os modelos tendem a criar respostas das figuras de vinculação que alimentam a sua própria expressão, por outro, porque se trata de uma estratégia defensiva, já que se mantém o sentimento de segurança.

Enquanto John Bowlby em 1973 estabelecia a teoria da vinculação, revolucionando a forma de pensar sobre o vínculo da criança com a mãe, assim como as suas consequências face à separação, privação e luto, Mary Ainsworth trabalha não só tornando possível testar as ideias empíricas, mas também ajudando a ampliar a teoria, abrindo caminho para novas direcções (Bretherton, 2000). Segundo Bowlby (1988), é fundamental para a saúde mental da criança que esta vivencie uma relação calorosa, próxima e contínua com a mãe, permitindo a ambas partilhar momentos de prazer e satisfação. Assim, a base da saúde mental e do desenvolvimento da personalidade da criança depende da existência desta relação consistente ao longo dos primeiros anos de vida.

Estudos posteriores revelam a capacidade precoce da criança para a triangulação, afirmando que essa capacidade providencia uma base para a intersubjectividade primária. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery (2001) e Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, Noni & Frascarolo (2005) referem que o bebé aprende muito cedo que a tríade existe tal como a díade e que a existência de uma conjugalidade entre os pais exerce uma função psíquica para a criança, que decorre da oscilação entre as questões de exclusão e as questões de inclusão, constituindo a articulação entre casal conjugal e casal parental.

É consensual para vários autores que as crianças desenvolvem habilidades intersubjectivas nos primeiros meses de vida e que se manifestam em interações comunicativas, partilha de sentimentos e estados de espírito (Meltzoff & Moore, 1995; Stern, 1989; Trevarthen, 1993). Para Meltzoff e Moore (1995), as crianças são capazes de imitar e usar expressões não-verbais (vocalizações, olhares, sorrisos) formando assim uma espécie de comunicação, variando os tempos e a intensidade de comunicação com os seus parceiros. Essa intersubjectividade primária surge nos primeiros meses de vida e vai dando lugar a uma intersubjectividade secundária que se caracteriza por um abandono da díade mãe-filho para o desenvolvimento de uma interacção triádica mãe-bebé-objeto. Esta evolução permitiria que a criança usasse a reacção emocional de um adulto como um indicador em relação a um objecto ou a um evento, por exemplo, confrontado com o aparecimento de um estranho a criança vira-se para observar a reacção do pai para regular o seu próprio estado emocional (Trevarthen, 1979).

Deste modo, a relação do bebé com o ambiente é concebido como um conjunto de processos bidireccionais, em que se reconhece que há um potencial social inato do bebé e um efectivo papel activo logo nas suas primeiras interacções com os pais (Braten & Trevarthen 2007; Brazelton, 1992; Malloch & Trevarthen, 2009; Missonnier, 2007; Stern, 1985; Trevarthen & Aitken, 2003).

Segundo Marcelli (2004) intersubjectividade não significa apenas que dois sujeitos se interessem um pelo outro, o conceito reporta quer a uma troca consciente quer inconsciente logo não se define simplesmente como uma relação interpessoal.

Em suma, são vários os autores que referem a importância das relações formadas na primeira infância para o desenvolvimento saudável da criança e posteriormente do

adulto, mencionando que a possibilidade de eventuais falhas neste processo pode indicar o aparecimento de dificuldades futuras como a depressão.

Episódio depressivo como acontecimento reactivo.

Possível desencadeador de uma depressão, o episódio depressivo caracteriza-se por um acontecimento que tem valor de perda ou de luto como a separação dos pais ou o falecimento de um familiar, acontecimento este, que para os pais pode ser inofensivo (mudança de casa, perda de um animal, afastar de um amigo), mas pode ter um impacto que leva, por vezes, à modificação do comportamento da criança (Marcelli, 2005).

Após este episódio pode observar-se lentidão psicomotora e inibição, mas na maioria das vezes verifica-se uma agitação, mesmo quando se pede à criança determinada tarefa ou momentos de atenção, esta não “permanece no lugar”, parecendo uma “pilha”. A perda da auto-estima traduz-se em verbalizações como “sou um inútil”, “não sirvo para nada”. A desvalorização exprime-se por expressões como “eu não sei”, “não consigo” ou mesmo “ninguém gosta de mim” que revelam um sentimento de perda de amor que tem por base o sentimento de culpa e desvalorização (Marcelli, 2005).

A dificuldade em pensar, manter a atenção, concentrar-se numa determinada tarefa provoca, muitas vezes, um evitamento ou recusa do trabalho escolar. Para estas crianças, o adormecer pode também sofrer alterações, com recusas ou oposições que potenciam o conflito com os pais. Os pesadelos fazem parte da componente ansiosa, assim como os medos e acidentes que envolvam os pais. Podem também surgir dores de cabeça ou de barriga frequentes que se encontram na junção da problemática ansiosa com a problemática depressiva (Marcelli, 2005). Não é raro que todos estes sintomas sejam muitas vezes ignorados ou mesmo negados por quem os rodeia, o que leva à criança numa permanência em estado de sofrimento (Marcelli, 2005).

Conceito.

Para Coimbra de Matos (2007), a depressão é um estado de tristeza e abatimento relacionado com a perda dos laços afectivos com um objecto de amor e protecção. Diz-se que o indivíduo “está deprimido”, quando há depressão. Esta caracteriza-se pela

perda/abaixamento da pressão anímica, que se traduz na diminuição da energia psíquica e vital, da maturação e do interesse pelo real. Da sintomatologia apresentada neste quadro destacam-se o abatimento e o abrandamento, mas não a tristeza, que é típica do luto. Em contraste, a depressividade é uma condição de ineficácia, baixa rentabilidade, insegurança em si próprio e diminuição da auto-confiança com quebra na auto-estima, condição que está ligada à dependência de um objecto interno exigente. Predomina o estado afectivo de dependência, receio de ficar só, incapacidade de autonomia, de deprimir e de aceitar perder o seu objecto.

Segundo Coimbra de Matos (2007), Freud aproximou o luto (depressão normal) da melancolia (patológica). Enquanto o luto é descrito como uma reacção normal, transitória e adaptativa, à perda de um bom objecto importante, a melancolia apresenta-se como uma reacção patológica de uma personalidade marcada pela extrema dependência do objecto.

Do ponto de vista dinâmico, existe uma depressão reactiva, equivalente à depressão normal ou luto, que se caracteriza pela capacidade e qualidade de se poder deprimir e fazer o trabalho de luto (indicador de saúde mental), e uma depressão patológica, quando a natureza narcísica dos laços objectais condiciona uma intolerância intensa à perda do amor do objecto. Neste caso assiste-se à mobilização da angustia e a uma depressividade: a existência de um conflito com a introjecção do objecto, que se traduz num sentimento de inferioridade e/ou um comportamento de relativa incapacidade, exige um esforço defensivo continuo para não deprimir, seja por ceder ao objecto, seja pelo abandono do mesmo (Matos, 2007). Sujeito e objecto estão mal diferenciados, mas não confundidos, como na psicose, realizando-se a introjecção do bom e mau objecto. Constata-se uma forte necessidade de suporte, apoio, constituindo uma relação objectal anaclítica com falhas graves de confirmação e valorização narcísica (Ferreira, 2002; Matos, 2011).

De acordo com o mesmo autor (Matos, 2011) a depressão mais profunda está ligada à psicose, esta destaca-se da depressividade (ou depressão basal) pelo grau de severidade acentuado, marcado pelo estabelecimento de uma relação fusional com o objecto. Assim, a depressividade caracteriza-se por uma forte dependência emocional do objecto: o sujeito investe na relação com o objecto, idealizando-o (como defesa à tomada de consciência da malignidade do objecto e à falha narcísica) e não suportando a

separação, o que o impede de realizar o trabalho de luto face à perda, real ou imaginária (Matos, 2011).

Para Teresa Ferreira (2002) a principal característica presente nas diferentes formas de depressão consiste na inconsistência do núcleo de auto-estima, que falha no investimento na própria vida. Suspende-se o interesse pelo mundo externo, perde-se a capacidade de amar. Para Matos (2007) O sentimento de falha, o medo de falhar e o sentimento de incapacidade são os sentimentos que caracterizam o depressivo.

Não há depressão sem culpa e, sobretudo, sem inferioridade, porque a retirada de amor pelo objecto causa depressão. O sujeito ama por uma dependência afectiva, pois precisa do amor do outro. Existe depressão porque há um objecto depressígeno, que não desculpa, mas culpa o outro, que não ama e não capta o amor do outro. O sujeito projecta a sua bondade e introjecta a maldade do objecto. Na relação depressígena (causadora de depressão) o objecto de depressão culpa o sujeito e idealiza-se a si, pelo que o estilo relacional do depressivo é marcado pela dependência de um objecto previsor e protector: que prevê os elementos de satisfação e o que apoia (respectivamente). Esta dependência infantil que se prolonga além da adolescência, caracteriza todo o processo maturativo, sendo detectável na infância “crianças com dificuldades de separação dos pais” (Matos, 2007).

Relativamente à depressão infantil concretamente, esta traduz-se na diminuição da actividade mental e motora, e de modo particular a nível do jogo. A antecipação de provir é aniquilada pela vivência de perda, sentida como insuportável e insubstituível. À criança nada ou pouco interessa, não sente prazer nem imagina nada de bom no amanhã (Matos, 2007).

Na origem da depressão Teresa Ferreira (2002) afirma que “não há núcleo depressivo na criança sem uma correspondente decepção da mãe”. A figura materna projecta na criança a sua decepção desvalorizando-a pela percepção daquilo que o filho não é o que deveria ser face ao seu ideal, em comparação com a criança imaginária que existe dentro de si própria, revelando a sua parte depressiva ao filho. A imagem interna da mãe sobre a criança organiza-se na criança como algo inatingível e como um vazio através da percepção de não se sentir amada na mesma medida em que ama e deseja ser amada. Este movimento demonstra a não correspondência afectiva na relação precoce

mãe-criança (Coimbra de Matos, 2002; Ferreira, 2002; Lustin, 2004; Strecht, 1998; Winnicott, 1993).

De acordo com Coimbra de Matos (2002), a mãe “ama a criança enquanto a vê sem desejo próprio, não afirmativa nem oponente. Quando a criança começa a manifestar mais explicitamente a sua própria, diferente e/ou oposta, intencionalidade, a mãe retira-lhe grande parte do afecto que lhe dedicava. Daí a depressão do filho/a”. Assim pode dizer-se que o depressivo “era rico de afecto, mas empobreceu”, enquanto que o psicótico foi desde sempre pobre em afecto (sempre foi rejeitado). A perda do amor do objecto condiciona o surgimento da depressão na criança.

Para Teresa Ferreira (2002) a depressão na criança pode designar-se como “a perturbação da organização do sentimento de auto-estima, concentrando-se à volta de uma ferida narcísica, com consequente alteração funcional do psiquismo”. Este sofrimento psíquico ligado à vivência depressiva condiciona a capacidade da criança adquirir, reter ou usar conhecimentos, de conhecer ou mesmo de pensar (Santos, 2000; Strecht, 1998) De acordo com Pedro Strecht (1998) “a capacidade de interiorizar conhecimentos está definitivamente ligada à capacidade precedente de interiorizar bons objectos capazes de amar e proteger”.

De acordo com Câmara (2005), crianças deprimidas tendem a manifestarem-se apáticas, pouco curiosas e inibidas na exploração que exercem no meio, pois “toda a sua caminhada é marcada pela insegurança, pelo medo, pela vivência antecipatória do falhar”. Segundo Ferreira (2002), esta vivência de medo é transferida para a relação de objecto face à possibilidade de uma nova ruptura ou de insucesso na relação que se pode revelar numa atitude de indiferença aparente, inibição relacional e/ou provocação hostil do adulto. A figura materna é idealizada e reenvia para o sentimento de insuficiência e baixa auto-estima na criança face à percepção de um modelo ideal inatingível (Coimbra de Matos, 2007; Ferreira, 2002; Malpique, 1999). Teresa Ferreira (2002) refere que a valorização por parte da figura paterna revela-se da maior importância pelo efeito reparador na depressão da criança.

É consensual para vários autores que a depressão na criança pode estar associada a uma reacção afectiva a acontecimentos exteriores nos quais sobressai a separação ou perda do amor do objecto (Bowlby, 1990; Matos, 2007; Ferreira, 2002; Spitz, 2004). Na sua evolução, a criança recorre usualmente ao evitamento dos conflitos e das decepções,

podendo adoptar uma posição passiva e inibida, onde domina a culpabilidade como defesa contra o agravamento depressivo. É, por exemplo, frequente aparecerem como motivo de consulta queixas de insucesso escolar, apatia, ausência de curiosidade e tristeza na altura da entrada para a escola (Ferreira, 2002; Strecht, 2001).

Finalmente, as várias formas que a sintomatologia depressiva infantil assume e as diferenças face ao quadro clínico no adulto, sobretudo quanto existe uma tendência para diminuir a expressão dos afectos de tristeza, bem como a baixa frequência de psicoses maníaco-depressivas na criança, podem também explicar a desvalorização da depressão na criança, confundindo-a com outras psicopatologias (Palacio-Espasa, 2004; Palacio-Espasa & Dufour, 2002; Pedinielli & Bernoussi, 2006). Por outro lado, João dos Santos (2000) aponta para a recusa do adulto em reconhecer a tristeza da criança pode representar a recusa em reconhecer a sua própria tristeza infantil e/ou actual.

Semiologia.

Foram vários os autores que propuseram “listas” de sintomas para a depressão. Weinberg (1973) cit in Marcelli (2005), por exemplo, salienta dez: humor disfórico; auto depreciação; comportamento agressivo (agitação); perturbações do sono; modificações dos resultados escolares; modificação da atitude para com a escola; diminuição da socialização; queixas somáticas; perda de energia; modificação do apetite e/ou perda de peso. Este agrupamento de sintomas revela-se relativamente homogéneo. Traduzir esta semiologia para a linguagem das crianças, ou seja, de acordo com a sua percepção, ou com a dos pais, torna-se necessário para compreender os conceitos abstractos tais como “perda de auto-estima”, “anedonia”, “auto depreciação”, ganhem sentido clínico (Marcelli, 2005).

Ao observar estas crianças encontra-se um olhar fugidio e apelativo, ou um olhar intenso, ávido, sedutor, seguido de uma retirada defensiva. O discurso pode ser fluente ou pobre com conteúdos que remetem para os afectos depressivos – “não sou bom”, “ninguém gosta de mim” – ou para a onnipotência como defesa maníaca desses afectos – “sou o mais forte de todos” – simbolizando o vazio, a vivência de perda do amor do objecto (Ferreira, 2002; Strecht, 2001). Quanto ao jogo ou ao desenho, este pode ser marcado pelo exagero na acção, pela redução da mentalização, por inibição motora ou mesmo por uma atitude de desistência – “eu não sei” “não consigo” (Câmara, 2005; Ferreira, 2002; Marcelli, 2005; Palacio-Espasa, 2004).

Verifica-se, por outro lado, uma heterogeneidade na sintomatologia que origina a consulta destas crianças: tristeza, perda ou diminuição dos interesses habituais, baixa auto-estima, ideias mórbidas ou mesmo tentativas de suicídio, perturbações do comportamento, instabilidade psicomotora, fadigabilidade excessiva, dificuldades de aprendizagem, dificuldades de concentração, queixas somáticas (e.g., gastrointestinais), perturbações da linguagem (e.g., gaguez, tiques), dificuldades no controlo esfinteriano (e.g., encoprese, enurese), dificuldades do sono (e.g., insónia, hipersónia), da alimentação (e.g., anorexia, bulimia) e dificuldades escolares (Ferreira, 2002; Gueniche, 2005; Marcelli, 2005; Palacio-Espasa, 2004; Palacio-Espasa & Dufour, 2002; Santos, 2000; Strecht, 2001; Vogel, 2012).

Descrição clínica e critérios de classificação.

O termo “depressão” refere-se à perturbação clínica com critérios de episódio depressivo major, cujos sintomas preenchem os critérios da categoria patológica do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (APA, 2013), caracterizando-se por:

- (A) Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, presentes durante duas semanas e que representam mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo que pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer: (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjectivo (sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas; (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias; (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias; (5) agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorecriminação ou culpa por estar doente); (8) capacidade diminuída para pensar ou concentrar,

indecisão, quase todos os dias; (9) pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;

- (B). Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo;
- (C) O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica;
- (D) A ocorrência do episódio depressivo maior não é melhor explicada pela perturbação esquizoafetivo, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outro perturbação do espectro da esquizofrenia e outro perturbação o psicótico especificado ou perturbação da esquizofrenia e outro perturbação psicótico não especificado; (E) Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco (APA, 2013).

De acordo com o DSM-V (APA, 2013), as perturbações depressivas estão enquadradas no grupo das perturbações de humor, onde se encontra a perturbação depressiva major, a perturbação depressiva persistente (distímica) e a perturbação depressiva sem outra especificação.

A perturbação depressiva major tem como característica fundamental a presença de um ou mais episódios depressivos e a ausência de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos.

Na perturbação distímica, o indivíduo encontra-se deprimido, embora com uma intensidade ligeira ou moderada, durante a maior parte do tempo ao longo do ano e por um período igual ou superior a dois anos. Os sintomas depressivos, nesta condição, são crónicos e possuem uma intensidade ligeira ou moderada (APA, 2013).

A perturbação sem outra especificação envolve perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios de uma perturbação depressiva major e distímica (APA, 2013).

Etiologia.

Para Matos (2007), na etologia da depressividade encontram-se acidentes ou abandono, ou sentimentos de perda de investimento de amor e a partir daí o desgosto de

amar e depender de uma pessoa sentida como abandonante. O factor para a pré-disposição depressiva é o facto de a criança ter sido investida negativamente pela mãe, isto é, não ter sido valorizada pela mãe por não corresponder à sua idealização. Este tipo relacional tem tendência para ser severo e exigente, sobretudo condicionando a criança, apresentado metas difíceis de atingir e representando ainda uma punição de insucesso constante que origina a sensação de derrota para a conquista que ambiciona conseguir. Neste tipo de relações, os filhos não correspondem à expectativa das mães, muitas vezes também elas deprimidas ou com tendência para depressão, que rejeitam como “maus filhos”, atendendo, sobretudo, aos seus desejos pessoais e prejudicando, assim, o *holding*. Em resultado disto, a criança que não é amada, não poderá amar (-se) uma vez que não é investida pelos pais, dificilmente terá predisposição para conhecer e aprender revelando dificuldade em organizar-se e conhecer-se (Strecht, 1997).

De acordo com Cruvinel & Boruchovitch (2009) a família é o núcleo primário do desenvolvimento da criança. Assim, a presença de dificuldades na dinâmica familiar é considerada um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. No entanto, quando existe um contexto familiar onde existem relações saudáveis e apoio afectivo, há um desenvolvimento saudável na criança.

Por último, hereditariedade apresenta-se como um dos factores biológicos mais relevantes no estudo da depressão infantil. Os filhos de pais doentes ou com parentes adultos com perturbações afectivas, revelam muitas vezes os mesmos sintomas que os seus familiares (Sroufe, Duggal, Weinfield & Carlson, 2000).

1.2.6. Perturbação de ansiedade.

Associada à psicopatologia da depressão infantil são descritas como comorbilidades a perturbação de ansiedade, perturbação de hiperactividade com défice de atenção e perturbação específica da aprendizagem.

A ansiedade é uma reacção emocional universal que se sente em momentos de incerteza e preocupação, provocando reacções motoras, fisiológicas e cognitivas.

Perspectiva histórica.

Com a segunda guerra mundial, o número de crianças órfãs nos anos 40 aumentou exponencialmente, como tal, houve uma maior procura no estudo da patologia ansiosa nas crianças, ainda muito ligada ao modelo psicanalítico (Spelberger, 1973 cit in Vianna *et al.* 2009)

Até 1975 as noções de ansiedade descritas no CID (Classificação Internacional de Doenças) ou no DSM restringiam-se apenas à população adulta. Até à data, acreditava-se que as preocupações das crianças seriam apenas transitórias (Last et al., 1996). A partir daí, o DSM acompanhou esta tendência, apresentando uma nova categoria, de nome “Perturbações Mentais Diagnosticáveis pela Primeira Vez na Infância”, onde engloba três perturbações relacionadas com a ansiedade: perturbação de ansiedade de separação, perturbação de ansiedade excessiva e a perturbação evitativa (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996 cit in Vianna et al., 2009).

Conceito.

A ansiedade é um sentimento de medo, apreensão, que se caracteriza por tensão ou desconforto que provém da antecipação de perigo do estranho ou desconhecido (Swedo, Leonard & Allen, 1994, cit in. Passos, 2008).

Assim, as respostas de ansiedade como o medo e preocupação podem ser adaptativas quando não limitam indivíduo para lidar com as questões diárias, e são congruentes com a situação enfrentada. Quando se observa o oposto, ou seja, quando as reacções limitam o indivíduo, pode-se então apontar para um quadro de ansiedade psicopatológica (Friedberg & Macclure, 2004).

Podendo ser definida como um sentimento vago e difuso que pode expressar-se sob a forma de angústia (quando é sentida no peito como “peito apertado”) e medo, e encarada como uma reacção normal com relação a algo específico, a ansiedade é característica do sistema de alarme e regula os nossos medos. Considerada um fenómeno natural, a diferença entre o normal e o patológico é a intensidade da ansiedade (Bauer, 2002).

De acordo com Kaplan, Sadock & Grebb, (1997 cit. in Angélico, 2009) a ansiedade define-se por uma resposta disfuncional e inadequada a um determinado

estímulo, tendo em conta a sua duração e intensidade. A sensação de ansiedade é caracterizada por um sentimento desagradável e difuso de apreensão, geralmente acompanhado por cefaleias, taquicardia, tremores, palpitações, hiperidrose, desconforto abdominal, entre outros. Pode criar confusão e distorções da realidade que interferem com a capacidade de aprendizagem e, reduzem a concentração e memória.

Numa perspectiva fenomenológica, Fonseca (1988, cit in. Soares, 2009) refere que a ansiedade equivale à angústia e constitui uma manifestação da actividade emocional ou afectiva, onde predominam sentimentos negativos ou desagradáveis como: mal-estar, apreensão, preocupação, expectativa, inquietude e o desamparo. Como fenómeno psicológico, representa um “mecanismo de adaptação do organismo situações de stress e tensão”, que é útil no processo de aprendizagem (Fonseca, 1988, cit in. Soares, 2009).

Semiologia.

Seligman, Walker & Rosenhan (2001) afirmam que a ansiedade tem componentes cognitivas, somáticas, emocionais e comportamentais. A componente cognitiva envolve a expectativa de perigo difusa e de incerteza. A componente somática indica que o organismo se prepara para lidar com uma ameaça e aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial. Externamente podem observar-se sinais somáticos como: pele pálida, tremores e a dilatação das pupilas. A componente emocional é sentida uma sensação de pânico e/ou medo que irá provocar, fisicamente, náuseas e calafrios. Relativamente à componente comportamental, é possível fazer uma distinção entre comportamentos voluntários e involuntários. Muitos destes comportamentos têm como fim fugir ou evitar a fonte de ansiedade e podem traduzir-se em perturbações de ansiedade em casos mais extremos (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001).

Por outro lado, a ansiedade generalizada define-se por uma inquietude global e sentimento de tensão sem objecto específico (situação ou pessoa). O sintoma chave é uma ansiedade ou um medo não realista e excessivo face aos acontecimentos futuros, sendo que dores de estômago ou cefaleias sem qualquer etiologia física são as queixas somáticas mais frequentes (Braconnier, 2000).

De acordo com Layne, Bernart, Victor & Bernstein, (2008) é difícil precisar a idade em que é identificada a presença de sintomas, uma vez que o início da perturbação

pode ser precoce, lenta e insidiosa, e muitos clientes adultos afirmam ter sentido a presença destes sintomas ao longo de toda a vida.

Descrição clínica e critérios de classificação.

Segundo os critérios definidos no DSM-V (APA, 2013), podemos distinguir catorze perturbações de ansiedade: agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia, perturbação de pânico com agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia específica, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral, perturbação de ansiedade induzida por substâncias e perturbações de ansiedade sem outra especificação.

Uma vez que este estudo se centra na perturbação de ansiedade generalizada, será relevante focar a exploração nesta última. De acordo com o DSM-V (APA, 2013) os critérios a perturbação de ansiedade generalizada estão organizados da seguinte forma:

- (A) Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), que ocorre na maior parte dos dias por pelo menos seis meses, em diversos eventos ou actividades (como desempenho escolar ou profissional).
- (B) O indivíduo considera difícil controlar a preocupação;
- (C) A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses): (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; (2) fadigabilidade; (3) dificuldade de concentração; (4) irritabilidade; (5) tensão muscular; (6) perturbação do sono;
- (D) A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas.
- (E) A perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica;

- (F) A perturbação não se explica melhor por outra perturbação mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social, contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsivo, separação na perturbação de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos na perturbação de stress pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência na perturbação dismórfica corporal, ter uma doença séria na perturbação de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante) (APA, 2013).

Etiologia.

Segundo Woodruff-Borden et al. (2002), a ansiedade na criança pode ser resultado dos níveis de ansiedade nos pais, traduzindo-se numa diminuição da interacção com a criança, pondo em evidência modelos parentais inadequados (um nível elevado de controlo parental, por exemplo).

De acordo com Bernstein, Borchardt & Perwien em 1996, o desenvolvimento emocional das crianças influencia as causas e a forma como se manifestam os seus medos e as suas preocupações. Os autores referem também que as crianças poderão ter dificuldades em reconhecer os seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as mais novas (Vianna, Campos & Fernandez 2009). Para Clarck, & Beck (2010), os comportamentos estão ligados às emoções, que por sua vez, estão ligados às expectativas ou crenças de determinada situação. Isto é, num contexto específico da ansiedade, não é a situação ou o estímulo que origina a ansiedade, mas sim as expectativas que o sujeito tem consoante experiências anteriores, que originam pensamentos que vão afectar a experiência emocional, e como consequência, a resposta sob a forma de comportamento.

Outros autores referem que patologias como a ansiedade e a depressão têm origem em níveis elevados de “afectos negativos” e distinguem-se a partir da categoria dos “afectos positivos”, baixos na depressão, em contraste com a hiperexcitação característica da ansiedade (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010).

Por seu turno, Grillo & Silva (2004, cit in Antunes, 2008) referem que as crianças com perturbação de ansiedade generalizada apresentam uma preocupação excessiva e persistente com várias causas, ao contrário da ansiedade de separação ou qualquer outra perturbação de ansiedade. Os mesmos autores afirmam que esta perturbação pode residir em preocupações como o desempenho na escola, relações sociais, saúde e, ruminações acerca de problemas passados e futuros. Para ser possível o diagnóstico é necessário que estas preocupações tenham como consequência incapacidades e problemas na rotina diária da criança (Grillo & Silva, 2004, cit in Antunes, 2008).

Estudos de Lupein, no ano de 2000, referem que indivíduos com estatuto socioeconómico inferior relatam exposição a acontecimentos de vida de cariz mais stressante do que indivíduos de estatuto mais elevado. Estes relatos em estatutos socioeconómicos inferiores, têm um início mais precoce (Sancakoglu & Sayar, 2012).

Por fim, de acordo com Braconnier (2007), nas perturbações ansiosas (sem depressão associada) parece existir uma vulnerabilidade genética. O autor afirma ainda que as perturbações ansiosas podem estar ligadas a uma dificuldade (genética) de adaptação a novas situações.

1.2.7. Perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

A perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) está, actualmente, inscrita nas perturbações do neurodesenvolvimento. Maioritariamente esta perturbação é sinalizada quando a criança inicia a escolaridade, podendo ser, deste modo, encarada como uma reacção mascarada de estados depressivos. Adicionalmente, Fernandes (2001) faz referência a várias situações de comorbilidade destacando as perturbações de aprendizagem, a perturbação de oposição, a perturbação do comportamento, a perturbação do humor/ansiedade, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora e as perturbações de tiques.

Perspectiva histórica.

Enquanto em Inglaterra, em 1877, Ireland dava relevo à hiperactividade como um sintoma em crianças com deficiência mental, em França Bourneville (1987), descrevia um grupo de crianças caracterizadas por instabilidade, falta de atenção e agitação motora excessiva ou descoordenada (Fernandes, 2001). Mais tarde, em 1890, William James referiu uma variante normal do carácter a que designou vontade explosiva, semelhante à actual perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) (Faria, 2007). No entanto, o conceito de perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) foi descrito pela primeira vez por George Still apenas em 1902, caracterizando “crianças com sérios problemas de atenção sustentada e auto-regulação da acção, muitas vezes agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emocionais ou passionais, com pouca vontade e que não conseguiam aprender embora o seu intelecto fosse normal. O controlo moral do comportamento significava o controlo de agirem em conformidade com a ideia do bem social”. Este conceito foi o que poderia ser considerado a primeira caracterização do distúrbio hiperactivo (Fernandes, 2001).

Desde o início do século, realizaram-se tentativas de explicação psicodinâmica da hiperactividade. Em 1914, Heuyer considerava que a hiperactividade estava associada a distúrbios do carácter ou a instintos morais (Lopes, 2004). Por outro lado, a hiperactividade começou a ser associada a lesões cerebrais, devido ao surto de encefalite na Europa e Estados Unidos (1917-1918), nos finais da primeira Guerra Mundial. Considera-se que foi a partir dessa altura que os americanos começaram a demonstrar o seu interesse pela PHDA (Barkley, 2007).

Actualmente a PHDA denomina-se por perturbação de hiperactividade e défice da atenção, conceito aceite pela comunidade científica e que é referido no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (APA, 2013).

Conceito.

A PHDA pode definir-se como uma perturbação persistente do desenvolvimento, caracterizado por elevados níveis de desatenção, actividade motora excessiva, comportamentos impulsivos, com intensidade mais grave e frequente que o habitualmente se observa nos indivíduos com um nível de desenvolvimento semelhante, com impacto a nível individual, social e académico (Moreira, 2009). A PHDA é uma

problemática que começa por criar dificuldades na aprendizagem e na adaptação do indivíduo ao meio (Lopes, 2004).

De acordo com Sonunga-Barke & Halperin (2010) a PHDA é considerada uma perturbação do desenvolvimento neurocomportamental persistente, que poderá ser grave originando problemas relevantes em vários contextos do funcionamento do indivíduo, nomeadamente a família ou a escola.

A comorbilidade com outras perturbações é comum e variada: perturbação da ansiedade, dificuldades de aprendizagem, perturbação do sono, entre outras. As consequências a curto e longo prazo podem incluir um rendimento escolar fraco, organização depressiva, comportamentos anti-sociais, exclusão social e comportamentos de delinquência, bem como de consumo de substâncias (Taylor *et al.*, 2004).

Semiologia.

As crianças com PHDA são acusadas de falta de atenção, mas o que acontece na verdade é que elas prestam atenção a tudo ao mesmo tempo. As suas dificuldades relacionam-se, portanto, com o facto de não conseguirem focalizar a atenção de forma selectiva (Araújo & Silva, 2003; Parker, 2006).

De acordo com Fernandes e António (2004) e Bugalho, Correa & Viana-Baptista (2006) o principal sintoma caracteriza-se pelo aumento da actividade motora, e a este podem estar associados outros como o défice de atenção e a impulsividade, que do ponto de vista clínico, conduzem à distracção, às dificuldades de aprendizagem, à agitação motora inadequada e à irrequietude.

Normalmente identificados em crianças de idade escolar, onde são prejudiciais à aprendizagem, bem como ao comportamento, os sintomas podem aparecer por volta dos três/quatro anos de idade (Lavigne, *et al.*, 1996., cit. por, Azvedo, A., Santos, M., Gaspar, M. & Homem, T. 2012). No entanto, de acordo com a APA (2013), o diagnóstico desta perturbação é aplicado a crianças a partir dos cinco anos de idade, apesar da possível ocorrência prévia (Egger & Angold, 2006, cit. por., Azvedo, A., Santos, M., Gaspar, M. & Homem, T. 2012).

Barkley (2007) refere que vários autores têm vindo a distinguir características primárias de secundárias. Como primárias e essenciais para a elaboração de um

diagnóstico apresenta-se o déficit de atenção, a impulsividade e a hiperactividade. Já as características secundárias que refere são consequência das primárias: problemas cognitivos, atraso da linguagem, menor capacidade de adaptação, problemas de desenvolvimento motor, dificuldade na realização académica e realização de tarefas, acidentes e déficit na autoregulação das emoções.

Descrição clínica e critérios de classificação.

Fernandes (2001) menciona que ainda não existe acordo na definição dos critérios diagnósticos, nem acerca de alguns sintomas. Os instrumentos de diagnóstico comuns também não existem.

De acordo com o DSM-V (APA, 2013) os critérios para a PHDA estão organizados da seguinte forma:

Deve existir um padrão persistente de desatenção e/ou de hiperactividade que interfere no desenvolvimento e no funcionamento: (1) desatenção (2) hiperactividade:

- Desatenção: é necessário coexistir seis ou mais dos seguintes sintomas que persistam pelo menos seis meses: a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares; b) frequentemente dificuldade em manter a atenção; c) frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra; d) frequentemente não segue a instruções até ao fim e não consegue terminar trabalhos escolares; e) frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e actividades; f) frequentemente evita revisão de trabalhos longos e preenchimento de formulários; g) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou actividades; h) com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.
- Hiperactividade - impulsividade: é necessário coexistir seis ou mais dos seguintes sintomas que persistam pelo menos seis meses: a) frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira; b) frequentemente levanta-se da cadeira; c) frequentemente corre ou sobe para coisas em situações que são inapropriadas; d) com frequência é incapaz de brincar, de se envolver em actividades de lazer calmamente; e) com frequência “não pára” agindo como se estivesse com o “motor ligado”; f) frequentemente

fala de mais; g) frequentemente responde antes da pergunta ter sido concluída; i) frequentemente interrompe ou intromete-se nas conversas ou nos jogos.

A PHDA pode ser dividida em três subtipos: (1) PHDA predominantemente desatenta quando o critério de desatenção é preenchido e o de hiperactividade-impulsividade; (2) PHDA perdominantemente hiperactivo/impulsivo quando o critério da desatenção não é preenchido; (3) PHDA predominantemente misto, quando ambos os critérios são preenchidos.

Etiologia.

A PHDA é uma perturbação com uma etiologia multifactorial uma vez que ainda não são conhecidas as principais causas.

Estudos realizados por Banaschewski, Becker, Scherag, Frank, & Coghill, (2010) hipotetizam que alterações de genes específicos podem estar relacionados com a PHDA. Por outro lado, estudos de neuropsicologia apontam para a existência de factores neurobiológicos associados a esta perturbação (Faraone & Biederman, 1998, cit. in., Azvedo, A., Santos, M., Gaspar, M. & Homem, T, 2012).

Para Gozal, O'brien, Holbrook, Mervis, Klaus, Bruner, Raffield, Rutherford, Mehl, Wang, Tuell & Hume (2003), os distúrbios de sono podem estar na origem da PHDA. O estudo realizado descobriu que um quarto das crianças, entre os 5 e 7 anos, com sintomas leves de PHDA, ressonavam. Em algumas situações, as crianças apresentavam apneia do sono. O autor refere que muitas das crianças não são submetidas a uma avaliação rigorosa, uma vez que os sintomas de PHDA podem estar relacionados com o facto de ressonarem e terem apneia do sono.

Noutra perspectiva, os factores ambientais e familiares têm um papel preponderante na etiologia da PHDA (Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007, cit. in., Azvedo, A., Santos, M., Gaspar, M. & Homem, T. 2012). No entanto, para Szerman (2008) os problemas emocionais, sociais e familiares surgem, como consequência da PHDA, referindo ainda a grande comorbilidade existente entre a PHDA e os distúrbios emocionais, ansiedade e problemas de conduta.

Para Salgueiro (2004) a PHDA está relacionada com problemas nas interacções familiares: pais com problemas de alcoolismo e toxicod dependência, com níveis de comportamentos anti-sociais e agressividade podem contribuir para o aparecimento da

perturbação. Na mesma linha, Braconnier (2007) refere que a perturbação ocorre em muitas crianças que estabeleceram interacções extremamente desadequadas ao longo do seu primeiro ano de vida e onde a sua relação mãe-bebé não foi a mais apropriada. Esta relação pode ficar comprometida devido ao facto de a mãe apresentar uma personalidade depressiva: a ausência do *holding* “a forma como pega no bebé” causa um sentimento de descontinuidade ou de instabilidade, responsável por um bebé irrequieto e insatisfeito (Winnicott, 1990). Parker (2006), por seu turno, considera que as práticas incorrectas utilizadas pelos pais na educação dos filhos podem, em certa medida, afectar o comportamento e desenvolvimento da criança.

Em suma, são referidas uma variedade de possíveis causas, de ordem, genética, biológica e psicossocial, no entanto continua a ser difícil definir um factor responsável pela existência da PHDA.

1.2.8. Perturbação da aprendizagem específica.

Associadas com frequência à depressão infantil e/ou perturbação de hiperactividade com défice de atenção, estão as dificuldades de aprendizagem, resultantes de um funcionamento mental, de modalidades comportamentais, do neurodesenvolvimento ou especificamente da aprendizagem.

As dificuldades de aprendizagem (DA) têm sido discutidas ao longo dos anos. Sendo o insucesso escolar a sua consequência mais visível, a preocupação com esta problemática tem aumentado, procurando-se estabelecer definições e procedimentos de intervenção (Fletcher, Coulter, Reschly, & Vaughn, 2004).

Perspectiva histórica.

Até aos anos 60, os termos disfunção/lesão cerebral mínima, dislexia, dificuldades de aprendizagem neuropsicológicas ou dificuldades perceptivas, eram utilizados por profissionais para referir a um conjunto de características que mais tarde seriam denominadas dificuldades de aprendizagem (Correia, 1991).

Em 1984 Vítor da Fonseca utilizou pela primeira vez em Portugal o termo Dificuldades de Aprendizagem como tradução do original *Learning Disabilities* no seu

livro *Uma Introdução às dificuldades de Aprendizagem*. Actualmente o termo está generalizado, tanto por entidades oficiais (Ministério da Educação), como não oficiais (comunicação social, técnicos e pais) (Cruz, 2009).

Uma vez que os termos dificuldades de aprendizagem e dificuldades de aprendizagem específica são demasiado abrangentes, é importante que os investigadores adoptem definições mais restritivas na identificação da problemática na criança para que os serviços de apoio tenham mais objectividade na intervenção (Cruz, 2009).

Conceito.

A caracterização das dificuldades de aprendizagem ocorre quando se constata que o rendimento de uma criança se encontra inferior ao esperado para o nível escolar correspondente à idade da mesma. As DA têm repercussões no rendimento da vida diária da criança (APA, 2013).

As DA são designadas para caracterizar as crianças que apresentam dificuldades na aprendizagem, em assimilar e compreender métodos de ensino, bem como dificuldades associadas à perturbação da leitura, do cálculo e da escrita sem outra especificação dentro das normas à sua faixa etária (APA, 2013; Correia, 2004).

Para Lopes (2010), “o próprio termo dificuldades de aprendizagem não é pacífico, sendo que o problema das crianças que ao longo do seu percurso escolar revelam um insucesso crónico tem recebido diversas designações como: insucesso escolar, dificuldades de aprendizagem, subrealização escolar, dificuldades de aprendizagem específicas, distúrbio específico de desenvolvimento, problemas de aprendizagem.”.

De acordo com Kirk e Bateman (1962, in Muñoz, Fresneda, Mendoza, Carballo & Pestun, 2005), a perturbação é definida como um atraso ou desenvolvimento tardio num ou mais dos processos de fala, leitura, linguagem, escrita, aritmética ou outras matérias escolares, que resultam de uma deficiência psicológica causada por uma possível disfunção cerebral e/ou por perturbações emocionais ou de comportamento.

As dificuldades de aprendizagem podem variar em termos de gravidade, ou seja, podem ter um impacto a nível global sobre a aquisição de aprendizagens, como interferir apenas em algumas actividades específicas, por serem tão imperceptíveis.

Assim, é essencial ter em conta que cada aluno com este tipo de perturbação é um caso único (Smith; Strick, 2001, in Leonhardt & França, 2007).

Semiologia.

De acordo com, (Citoler, 1996 cit. Por, Cruz, 2009), as dificuldades de aprendizagem específicas – (DAE) manifestam-se na aprendizagem por uma dificuldade específica em função de uma problemática, designadamente: dislexia, disortografia, disgrafia ou discalculia. Segundo o mesmo autor, não podem ser considerados como critério as classificações para as DAE um nível de QI abaixo da média. Por outro lado, também os défices sensoriais não devem ser incluídos no critério de DAE (Marques & Cepêda, 2009).

De acordo com Correia (2008), as dificuldades de aprendizagem específicas dizem respeito à forma como a criança processa a informação, a recebe, integra, retém e expressa, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. Assim, as dificuldades de aprendizagem específicas podem manifestar-se em áreas como a fala, leitura, escrita, matemática, memória, linguagem, pensamento ou motoras.

Alguns estudos revelam que as crianças com DA apresentam problemas de ordem emocional e comportamental. Estas crianças apresentam muitas vezes dificuldades intra e interpessoais como depressão e solidão. (Adrián et al., 2002). O mesmo autor refere que estas crianças apresentam níveis de ansiedade elevada, e por vezes chegam mesmo a rejeitar a escola, por a considerarem ameaçadora.

Descrição clínica e critérios de classificação.

De acordo com o D.S.M–V (2013), os critérios de diagnóstico para perturbação de aprendizagem específica, são para as crianças que apresentam dificuldades na aprendizagem e de competências académicas, indicando a presença de um dos seguintes sintomas onde deve-se manifestar-se pelo menos há 6 meses:

- (1) leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (por exemplo, lê palavras isoladas em voz alta de forma incorrecta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las);
- (2) dificuldade em compreender o sentido do que é lido (pode ler o texto

com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido); (3) dificuldades ortográficas (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes); (4) dificuldades na expressão escrita (comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza); (5) dificuldades para dominar factos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações); (6) dificuldades no raciocínio (dificuldade em aplicar conceitos, factos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos);

- (B) as habilidades académicas afectadas estão abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando interferência significativa no desempenho académico ou profissional ou nas actividades quotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente. Para indivíduos com dezassete anos ou mais, história documentada das dificuldades de aprendizagem com prejuízo pode ser substituída por uma avaliação padronizada;
- (C) as dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades académicas afectadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (por exemplo, em testes cronometrados, na leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto);
- (D) as dificuldades de aprendizagem não podem ser explicadas por deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução académica ou instrução educacional inadequada.

Etiologia.

Quanto à etiologia, não existe consenso entre os diversos investigadores, existindo, no entanto, três factores predominantes na literatura: factores fisiológicos, socioculturais e institucionais (Cruz, 2009). Poderá, assim, considerar-se ter etiologia multifactorial: baixa de auto-estima (Lopes, 2010); factores fisiológicos – disfunção neurológica, factores biológicos, factores endócrinos e causas genéticas ou hereditárias (Cruz, 2009). As DA podem estar ainda associadas a outros factores, nomeadamente de carácter emocional e afectivo, ambiental, cultural, dificuldade de memorização e de memória de trabalho (Cruz, 2009).

Para Adrián, Fernández. & Gómez-Rubio, (2002), a etiologia desta problemática deve-se a factores orgânicos: os défices orgânicos, o controle motriz, incapacidade de manter a atenção e défices sensoriais e perceptivos. A hereditariedade tem também um papel importante nos factores orgânicos. Outros autores apontam para problemas de foro cognitivos, perceptivos, atenção, psicolinguísticos, emocionais e psicomotores (Marinho-Araújo & Neves, 2006).

Por outro lado, parece haver DA provocada pelo programa do trabalho pedagógico, método de ensino e por limitações do próprio professor (Adrián, et al. 2002).

Finalmente, Ballone (2005) sistematiza, dividindo as DA em primária e secundária: (1) As primárias não se podem atribuir a elementos psico-neurológicos, isto é, são disfunções cerebrais nas quais se inserem as perturbações da leitura, as perturbações da matemática, as perturbações da expressão escrita e as perturbações da linguagem expressiva, linguagem receptiva e mista; (2) As secundárias são causa de alterações biológicas/ neurológicas, alterações emocionais e comportamentais.

Parte II – Trabalho de Estágio

2.1. Actividades Realizadas no Âmbito do Estágio

O estágio iniciou-se no dia 22 de Setembro com uma apresentação da instituição e de todos os membros por parte da Dra. Clara Castilho, que se tornaria minha orientadora de estágio na instituição. Foi um momento de clarificação acerca do funcionamento da instituição, bem como dos horários, tarefas e requisitos necessários a aprofundar para realizar o meu trabalho como membro da equipa. Este estágio teve como principal objectivo a observação, a aprendizagem, e a prática e dos conteúdos da psicologia clínica infantil.

Ficou definido que iria ser inserido num grupo de acompanhamento psicopedagógico em funcionamento às terças e sextas-feiras da parte da tarde, e que acompanharia o grupo em todas as actividades que realizassem (ginásio, visitas ao exterior, almoços, recreios). Posteriormente, poderia surgir a atribuição de um caso individual.

Ao longo do trabalho de estágio fui desenvolvendo várias actividades em diversos contextos, fazendo do estágio uma actividade completa.

Figura 1 Cronograma de estágio

Actividades	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mrç	Abr	Mai	Junh	Julh
Pedagogia- Terapêutica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Acompanhamento Individual				X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisões				X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliações Psicológicas					X	X	X	X			
Observações	X				X	X		X			
Acolhimento					X						

Psicomotricidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Actividades Temáticas			X	X					X		X
Reuniões Clínicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Assim, o trabalho desenvolvido permitiu-me observar e intervir com as crianças nos vários contextos, perceber o seu funcionamento, as mudanças de comportamento e atitude, tendo em conta o ambiente e situação em que se encontravam.

2.1.1. Acompanhamento psicopedagógico em grupo - grupo de nível mais avançado ou “intelectual”: caracterização do grupo.

As crianças na instituição são organizadas em grupos, sendo que a sua inserção nos mesmos depende do grau de desenvolvimento, aptidões e conhecimentos, tentando, com isto, homogeneizar os grupos. Deste modo, existem três grupos (Ramos & Silvério, 1997):

- Grupo de “Estimulação Global” – É constituído por crianças que apresentam maior imaturidade afectiva, necessitando de uma relação mais directa e próxima por parte do educador, uma relação quase maternal. (Ramos & Silvério, 1997).
- Grupo intermédio ou “das Letras” – Este grupo é composto por crianças com maior maturidade, requerendo uma maior capacidade simbólica a fim de que a criança consiga trabalhar com os símbolos e signos que lhe são apresentados pela escola e com os quais vai passar a lidar. É um grupo de “transição de uma comunicação directa para uma comunicação mais diferenciada” (Ramos & Silvério, 1997).

Grupo de nível mais avançado ou “Intelectual” – Este é um grupo formado por crianças que já apresentam domínio sobre o código escrito, compreendem a sua função e já iniciaram a sua utilização. (Ramos & Silvério, 1997). Isto é, há um incentivo à descoberta, experimentação e à própria pesquisa. As crianças que constituem este grupo, geralmente passaram pelos grupos anteriores. Mais do que ensinar, procura-se estimular de forma afectiva estas crianças para a aprendizagem. “Através da estimulação da fantasia e do desenvolvimento da imaginação e do pensamento, as crianças são

encorajadas a descobrir, completar ou alargar os conhecimentos do património cultural e social do mundo que as rodeia” (Ramos & Silvério, 1997). Existe um incentivo à descoberta, experimentação e à própria pesquisa.

Foi neste último grupo, de nível mais avançado, que tive oportunidade de trabalhar. Em funcionamento às terças e sextas-feiras das 12h00 até as 17h00, o grupo juntava-se numa sala, onde eu me encontrava, com a educadora, para aplicar a metodologia terapêutica. As minhas funções, dentro da sala, passaram por prestar ajuda e dar apoio às crianças nas diversas actividades que vão desenvolvendo (leitura, escrita, matemática, expressão plástica), tentando auxiliá-los na compreensão mas também sendo, por vezes, um “contentor” das suas ideias, planos e projectos, permitindo dar-lhes significado. Procurei não interferir por forma a não interferir ou enviesar alguma ideia ou plano que me era apresentado pela criança.

Do horário supracitado, fazia igualmente parte um momento (14h00min - 14h45min) em que as crianças se deslocavam ao ginásio para a participação no Grupo de Intervenção Lúdica Terapêutica (GILT) ou sessões de Psicomotricidade. Acompanhando as crianças igualmente neste período, ajudava sempre que necessário ou solicitado, participando nas actividades de ginásio que eram propostas, ora pelas crianças ora pelos técnicos responsáveis.

2.1.2. Participação em reuniões clínicas, psicopedagógicas e de formação.

Reuniões clínicas.

Semanalmente, era realizada uma reunião clínica todas as quintas-feiras às 13h. Estas reuniões tinham como objectivos a discussão clínica de casos, reflectir sobre a aceitação de um novo caso ou as reavaliações de crianças que já frequentavam a instituição. Nestas reavaliações, faz-se o “ponto da situação” em que a criança se encontra, os seus progressos, dificuldades, estratégias que estão a ser usadas e possíveis novas estratégias. Toda a equipa se encontra presente, incluindo técnicos, estagiários e professores que acompanhavam a criança na escola. Todas as reuniões eram supervisionadas pelo Dr. Pedro Strecht - médico pedopsiquiatra.

Com uma periodicidade quinzenal, realizavam-se ainda reuniões supervisionadas ou pelo Dr. Emílio Salgueiro, ou pela Dra. Teresa Goldschmidt, nas quais tive oportunidade de participar.

No decorrer destas reuniões, os técnicos davam o seu parecer acerca do funcionamento e da evolução da criança, sendo as ideias expostas, confrontadas e integradas pelo médico pedopsiquiatra de forma a definir e adequar o processo de intervenção da criança. Para além destas reuniões, no final de cada período escolar, toda a equipa se reunia para discutir o progresso de cada criança, ao longo de algumas sessões, de forma a continuar ou a redefinir estratégias para determinada criança.

Por vezes, nestas reuniões podiam participar também técnicos extra-instituição (professoras, técnicos de acção social) visando proporcionar uma visão complementar sobre o caso, de forma a melhor definir a estratégia a desenvolver. Cada técnico era responsável pelas actividades correspondentes à sua formação, contudo existia uma articulação entre todos para que cada um tivesse conhecimento das técnicas e actividades realizadas pelo outro.

Reuniões de orientação local (supervisão).

Foi estabelecido um dia por semana para reunião com a orientadora local. À sexta-feira pelas 11h realizava-se a reunião com o objectivo supervisionar e monitorizar o processo de estágio. Era um tempo de partilha, reflexão e esclarecimento de dúvidas acerca de determinadas situações e estratégias a utilizar nas mais diversas situações. Utilizava-se também este tempo para anunciar datas importantes de reuniões e formações que seriam interessantes assistir. Caracterizado por um momento de partilha e ajuda entre o estagiário e a orientadora, estes encontros contribuíam para minha evolução, fornecendo ferramentas e permitindo o aperfeiçoamento de actividades para as sessões.

Formação.

Durante o período de estágio considerei relevante investir na minha formação pessoal a nível de avaliação psicológica. Como tal inscrevi-me no Curso de Avaliação Psicológica, com o formador Dr. José Henriques dos Santos, psicólogo clínico forense

habilitado com o grau de especialista em psicologia clínica pelo Ministério da Saúde, e pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, Organizado pelo Instituto de Terapias Expressivas, que decorreu nos dias, 5, 12, 19 e 26 de Março de 2015 e teve a duração de 14 horas (Anexo A). Este foi um momento privilegiado de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos acerca da testagem psicológica, sobretudo no que respeita à metodologia e à análise e compreensão integrada dos resultados obtidos.

Conferências.

Nos dias 13 e 14 de Novembro marquei presença no VI Colóquio Europeu de Psicologia e Ética organizado pelo ISPA, nas instalações da Fundação Calouste Gulbenkian, subordinado ao tema "Psicologia, Ética e Poder" (Anexo, B), considerando este tema fundamental para a minha formação e para a boa prática da psicologia.

2.1.3. Participação em actividades temáticas.

Recepção.

Diariamente, antes do início das actividades de grupo da manhã (9 horas), fazia parte das minhas funções a recepção das crianças que iam chegando, abrindo-lhes a porta, falando com os pais e permanecendo na sala de espera até que fossem horas de iniciarem o trabalho de grupo.

Almoços e recreios.

Durante o período de estágio tive igualmente oportunidade de almoçar com o grupo de crianças que acompanhava. Almoçando à terça-feira e à sexta-feira na instituição, este foi um momento privilegiado na compreensão da dinâmica do grupo e da sua relação. Mesmo sendo em contexto informal, foram também momentos educativos (saber estar à mesa e saber como se comportar naquele contexto, p.ex.). Todos os grupos de crianças eram acompanhados pelos professores de referência.

O recreio, por seu turno, constituiu-se outro momento de interacção importante. Acompanhava as crianças nos recreios juntamente com uma das auxiliares da instituição ou com colegas estagiários. Este tempo, tal como a hora das refeições, permitia um melhor conhecimento do funcionamento da criança, num contexto livre, de brincadeira e de interacção com os outros. Nestes momentos era mais usual o aparecimento de conflitos, uns que facilmente se resolviam e outros que tinham de ser discutidos e reflectidos nas salas com os professores. Foram momentos de aprendizagem em que saber lidar com o conflito e encontrar estratégias para saber resolvê-lo tendo em conta as crianças que estavam envolvidas, constituíram desafios.

Reuniões de assembleia geral.

As reuniões de assembleia geral realizavam-se, geralmente, todas as sextas-feiras à tarde por volta das 15h30m. Antes desta reunião, o jornal de parede passava por todos os grupos e todos escreviam alguma notícia que quisessem partilhar, algum projecto para realizar, incluindo algo que tivessem feito bem e algo que pudesse ter corrido mal. Eram momentos de partilha e de valorização do trabalho e esforço de cada criança, nos quais se podiam também observar a dinâmica individual e grupal. As crianças mais tristes podiam aqui ser reconhecidas por adultos e pares da instituição, da mesma forma que as crianças eleitas para ser presidente ou tomar um papel activo na coordenação da reunião adquiriam uma postura responsável e de orgulho por estar em controlo de algo. Era, assim, um local de reconhecimento, valorização e até de resolução de conflitos, momento de riqueza para as crianças e para os adultos que podiam ver a vulnerabilidade e a necessidade de valorização de cada uma destas crianças amenizada.

Festas.

Ao longo de todo o ano lectivo foram organizadas e realizadas festas que se relacionam ou com uma altura festiva ou com uma estação do ano, tendo sido referida anteriormente a sua importância no envolvimento da comunidade institucional. Destaco a minha participação, maioritariamente ao nível da planificação e preparação de actividades na festa de São Martinho, na Festa de Natal que, normalmente, corresponde ao último dia de visita à instituição e ao final do 1º período lectivo dando início às férias

de Natal, na Festa de Carnaval, e na Festa da Primavera, que coincide com a chegada da Primavera e a Festa de Final de Ano onde os pais e familiares são convidados a virem à Instituição e onde as crianças se despedem de mais um ano lectivo. Além destas festas temáticas, participei também de forma pontual em festas de Aniversário onde se cantavam os parabéns à volta da mesa e a criança recebe um pequeno presente dado pela instituição.

Participação na colónia terapêutica.

A colónia terapêutica é uma colónia organizada pelos técnicos e decorreu em Almoçageme, Sintra, com a duração de três dias (22, 23, 24 de Junho), para usufruto das crianças que frequentam a instituição. Aqui as minhas funções passavam por auxiliar as crianças nas várias actividades que iam desenvolvendo ao longo do dia, tais como jogos e passeios, bem como no momento das refeições e na hora de deitar.

Participação em observações e acolhimentos.

No decorrer da solicitação para integração na instituição, a observação da criança era realizada pela professora e pelo estagiário e centrava-se na avaliação das suas capacidades ao nível espaço-temporal, linguagem, escrita, cálculo, nível simbólico, sono/sonho, autoconceito. Iniciando-se a partir do momento em que a criança chegava e se separava do cuidador na sala de espera, a observação inicial consistia na realização de um desenho livre e de um desenho da família, na avaliação dos pré-requisitos escolares da criança, e na descrição das suas rotinas diárias e familiares e sentimentos face à família, à escola e à sua vida de uma maneira geral. A minha participação consistia em observar a criança no decorrer de todo este momento, de forma pouco participativa, efectuando registos (sobre o comportamento, as respostas, as intervenções e respostas não verbais) e podendo intervir, no caso de existir alguma dúvida, formulando, por fim, um comentário pessoal acerca do que era observado.

Quanto ao acolhimento da família, este era realizado através de uma entrevista com os pais, encarregados de educação ou responsáveis pela criança, conduzida pela técnica de acção social da instituição, geralmente ao mesmo tempo que a observação da criança, em gabinetes distintos, possibilitando a oportunidade de observar a separação da criança dos seus pais (se é feita com angústia ou tranquilidade). Nesta entrevista ouviam-se as queixas e sentimentos dos pais, tentando inferir de que forma o comportamento ou a problemática da criança era sentida pelos memos, e tomava-se conhecimento das rotinas familiares, do historial médico da criança assim como da situação social e económica da família, proporcionando um espaço para os pais exporem as suas dúvidas, os seus problemas e pedir ajuda para lidar com o comportamento dos filhos. A minha participação neste momento foi semelhante à das observações.

Mais uma vez menos privilegiados, tanto a observação como o acolhimento foram fundamentais na compreensão dos comportamentos e sentimentos da criança, já que ao aceder às suas vivências, é possível conhecer melhor a criança, o seu funcionamento mental e a sua capacidade de se relacionar com o adulto.

Tanto as observações como os acolhimentos eram, posteriormente, apresentados e discutidos em reunião clínica.

A) Observações realizadas:

- D, 01/10/2014.
- U, 30/01/2015.
- M, 24/02/2015.
- M, 08/04/2015.

B) Acolhimentos realizados:

- A, 05/01/2015.

2.2. Apresentação dos Casos Clínicos

Durante o período de estágio foram realizadas duas avaliações psicológicas e um acompanhamento psicológico dos quais foram seleccionados uma avaliação e o acompanhamento para a elaboração deste relatório. A selecção dos dois casos que se seguem, deve-se à sua complexidade e a sua evolução terapêutica.

No estudo do caso clínico do A, a avaliação psicológica permitiu uma cruzamento e análise de dados das várias provas aplicadas para assim elaborar uma compreensão clínica referente a esta criança; No estudo do caso clínico de B pela sua complexidade e desafio que no acompanhamento terapêutico onde tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos e ao mesmo tempo a recolha de informações sugeridas em supervisão.

2.2.1. Caso Clínico A.

Motivo da consulta.

O A é uma criança de nove anos de idade. Foi encaminhado para a instituição a pedido do Centro de Educação e Desenvolvimento (CED) Nuno Álvares Pereira por motivos de dificuldade de aprendizagem e alterações do comportamento. Apresenta dificuldades de aprendizagem (acrescidas na Língua Portuguesa) e um comportamento predominante no agir, impulsivo, com muitos comportamentos agressivos com os colegas.

Observação clínica.

O A é uma criança com uma aparência relativamente investida e de contacto fácil e agradável. Apresenta um desenvolvimento estatuo-ponderal avançado ou mesmo superior para a média. É uma criança que se apresenta com uma aparência pouco cuidada/desleixada ou pouco investida em conformidade com o género, no entanto o contacto inicial com A foi imediato, pois parecia haver uma necessidade de agradar e corresponder.

Nome: A.

Data de Nascimento: 27 de Outubro de 2005.

Género: Masculino.

Idade: nove anos.

Habilitações académicas: 2º ano com currículo do 1º.

Residência: Grande Lisboa.

Agregado familiar: é composto pela mãe, companheiro, mais três irmãs e irmão do padrasto.

Anamnese.

A anamnese encontrava-se no processo da criança (Anexo C), nela consta que:

A gravidez de A foi desejada, embora não tenha sido planeada. Foi uma gravidez de risco uma vez que a mãe de é portadora de HIV. Foi acompanhada em Valência – Espanha, onde residia no momento, e o parto realizou-se de cesariana às trinta e nove semanas com peso de 3,250kg com 51 cm de comprimento.

Era um bebé muito calmo e não foi amamentado dado que sua mãe é portadora do vírus, sendo que aos 3-4 meses deixou o biberão. A mãe refere que o bebé dormia bem e comia bem e quanto ao desejo do bebé, a mãe refere “adaptei-me”. O pai de A abandona-os quando tinha apenas seis meses e meio e nessa altura A e sua mãe partem para Portugal.

Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor começou a marcha aos quinze meses. Foi seguido na consulta de pediatria de Carnide e agora na Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (SCML). Quanto à linguagem, esta é descrita que até aos cinco anos tinha sigmatismo, no entanto não fez terapia da fala.

Os cuidados primários foram prestados somente por sua mãe e quando fez um ano foi para a creche da Santa Casa da Misericórdia. De seguida para o jardim-de-infância. Escolaridade actual, A frequenta o 2º ano com currículo de 1º ano. É uma criança que não persiste nas actividades, não se concentra, apenas quando assiste à televisão.

Actualmente em casa A não tem quarto próprio, partilha com suas irmãs mais novas e precisa de musica para adormecer. Durante a noite tem pesadelos e sua mãe vai dormir com ele.

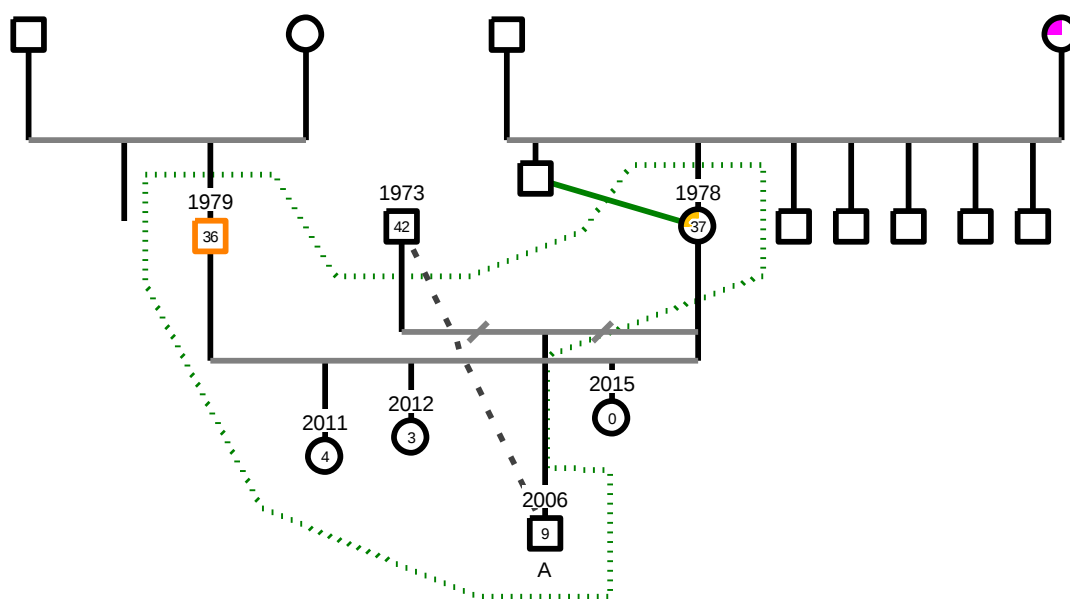
Em 2011 é diagnosticado com asma, acompanhado na consulta de pediatria na SCML e em 2013 era acompanhado na consulta de pedopsiquiatria no Hospital de Santa Maria, mas, deixou de ir à consulta falta de comparecimento e de atraso. “Não temos passe” refere sua mãe. Fez testes auditivos e os resultados foram normais. É referido como uma criança com muitos medos, muito dependente e extremamente ansiosa. Actualmente apresenta ainda vários medos, dependência na execução de tarefas e comportamento ansioso de constante insegurança e ansiedade.

Segundo a mãe é uma criança muito preguiçosa e lenta nas tarefas, é muito descuidado e esquecido. É uma criança que brinca, mas é infeliz, que se envolve pouco com o meio. Relativamente à sua autonomia A é muito dependente, tem um ritmo muito lento e é pouco ambicioso. A apresenta muitos medos.

A sua relação com a mãe é muito próxima assim como com padrasto, no entanto, esta segunda relação é vivida com alguns desentendimentos. Em casa coabita o A, a mãe o padrasto as irmãs e um irmão do padrasto, embora este tenha uma relação distante com A. Não matem contacto com os avós uma vez que a mãe está de relações cortadas com grande parte da família.

A nível de socialização A brinca com as outras crianças, mas tem muitos conflitos e é agressivo na escola. As preocupações da mãe consistem nas “guerras na escolares”, onde o A aparece constantemente envolvido, no entanto, a mãe desculpabiliza-o por este apresentar uma estrutura maior que os colegas sendo mais fácil de os educadores repararem nos seus comportamentos.

Figura 2 – Genograma caso A



Dinâmica familiar.

A mãe de A têm trinta e sete anos, é de etnia cigana, e é a única rapariga de uma fratria de seis irmãos. Encontra-se de relações cortadas com todos à excepção de um irmão. Mantém ainda contacto com uma avó que nesta altura encontra-se com doença do foro oncológico. Refere ser seropositiva, como supracitado, e que ficou contagiada quando tinha dezanove anos de idade.

Foi medicada durante vários anos devido ao diagnóstico de depressão, chegando a ter uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Refere que tanto o A como as filhas mais novas não foram contagiados na gravidez. Desde o nascimento de A, não sabe se por ser medicada ou não, sente-se “velha e sem forças” e por esse motivo nunca trabalhou. Actualmente recebe o rendimento social de inserção. A mãe de A tem o 3º ano de escolaridade viveu na Casa Amarela por desentendimentos com sua família.

O pai de A têm quarenta e sete anos e é de origem Indiana. Encontra-se separado da mãe, abandonando A quando este tinha apenas seis meses e meio. A família fica sem saber vários anos do pai e quando volta (por incentivo de um amigo) A tinha dois anos de idade, regista o seu ultimo nome no filho e volta para Espanha.

Actualmente a mãe vive com um companheiro com trinta e seis anos, toxicodependente, num bairro social. Desta relação existem mais três meias irmãs, uma com quatro anos de idade a outra com três e uma bebé recém nascida na altura. A relação de A com o padrasto apresentam algumas discórdias, no entanto A aceita-o embora refere que o padrasto castiga-o e durante os conflitos verbaliza “tu não és meu pai”.

A mãe descreve que a relação do casal tem alguns desentendimentos e atribui a culpa a si por ser muito ansiosa. A relação de A com suas irmãs é também pautada por conflitos. Não matem contacto com os avós uma vez que a mãe está de relações cortadas com grande parte da família

Resultados da avaliação psicológica.

O pedido de avaliação psicológica de A foi solicitado por parte da orientadora do local de estágio. As dificuldades de aprendizagem e as alterações do comportamento foram o motivo pelo qual as avaliações psicológicas se realizaram. Uma vez que a criança já frequentava a instituição os dados da criança e de sua família encontravam-se no processo.

Parte da história clínica foi retirada do processo da criança para perceber a sua evolução.

A avaliação psicológica desenrolou-se ao longo de quatro sessões. As sessões tiveram uma duração aproximadamente de 45 minutos, período após o qual o A demonstrava maior agitação e dificuldade em estar concentrado. Para a avaliação do funcionamento cognitivo foram aplicadas a Escala de Inteligência para Crianças de Wescheler (WISC-III), uma escala extensa que permite avaliar a vários níveis o funcionamento cognitivo, as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM) uma vez que esta escala é menos afectada pela influência cultural e/ou possíveis perturbações emocionais. Foi aplicada ainda a Figura Complexa de Rey para avaliar a capacidade de organização perceptiva de estímulos complexos e a memória visual, e a Prova Gráfica de Organização Perceptiva de Bender-Santucci, para avaliar a coordenação visuomotora e a organização grafo-perceptiva de estímulos simples.

Estes testes são os utilizados na instituição para avaliações psicológicas.

Na primeira sessão em Dezembro de 2014, dentro do contexto de avaliação, conversei com a criança explicando-lhe de forma adequada o que iríamos fazer. Para deixa-la mais à vontade e como forma de iniciar a relação foi perguntado à criança se gostava de desenhar e assim solicitei que realizasse um desenho livre.

Desenho livre.

O desenho mostra o modo como a criança vê e está no mundo, como o representa, podendo demonstrar o grau de maturidade, o seu equilíbrio emocional e afectivo e o seu nível de desenvolvimento (Aguiar, 2004). Através do desenho livre a criança fala de si mesma, das suas representações, transmitindo o seu mal-estar, a sua angústia ou o seu modo de defesa contra esta, funcionando simbolicamente como um pedido de ajuda (Decobert & Sacco, 2000).

Figura 3 Desenho livre caso A



Quando A aceitou o desenho livre mostrou-se motivado. Refere: “é o estádio do Benfica, a parte de cima são os tubos cheios de cores, a águia que é muito bonita, e somos nós a jogar à bola, eu estou a ganhar 20-0 já marquei muitos golos. Esta é a taça e isto são os papelinhos da festa”.

Comentando o desenho em termos gerais, trata-se de um desenho cuja temática, representação gráfica bem como o seu desempenho sugere que está aquém para o seu grupo etário. Na parte superior do desenho representa grosseiramente os tubos do

telhado do estádio. Como figura central desenha a águia e na parte inferior da folha, desenha o relvado, duas balizas e representa duas figuras humanas de uma forma muito estilizada. Preencheu a folha com uma orientação espacial adequada (Luquet, 1927). Em suma representa um desenho imaturo para a sua faixa etária.

Durante a observação de A, e a fim de perceber os seus interesses e motivações perguntei se gostava de jogar à bola, ao qual respondeu “sim”. Questionei qual a posição ao qual diz: “guarda-redes porque quando vou à frente e remato o pé treme e desvia e não marco golos e depois as outras crianças gozam”. Esta descrição remete para sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima com recurso à onnipotência.

Desenho da família.

Ainda na primeira sessão e para analisar o papel da criança no contexto familiar e perceber qual a sua visão do seu lugar na família e o seu grau de afectividade foi solicitado que realizasse um desenho de sua família. Houve uma recusa por parte da criança em desenhar a família. Afirma que têm vergonha de falar com o pai, pois este fala espanhol e ele não percebe nada e então já não falam há muito tempo.

Tendo em conta a história clínica e a recusa no desenho da família, de forma a melhor entender a dinâmica emocional de A e por ser um instrumento disponível na instituição, o recurso ao C.A.T. - Animal é a prova projectiva mais adequada para realizar uma avaliação emocional e dos traços de personalidade.

Não querendo iniciar a avaliação psicológica com testes projectivos, tendo em conta que poderia influenciar estas avaliações formais, entendi dar início à avaliação cognitiva utilizando a escala de inteligência para crianças de Weschler (WISC-III).

Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III).

A WISC-III, Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, é um instrumento clínico que se aplica individualmente que permite avaliar a capacidade cognitiva de sujeitos com idades entre os seis e os dezasseis anos e onze meses. Esta escala na sua organização inclui treze subtestes que se dividem em dois grupos, verbal e de realização, com a finalidade de manter o interesse do sujeito durante a administração da escala. Os subtestes estão relacionados com várias formas da inteligência como o

raciocínio abstracto a memória e certas capacidades perceptivas. Os resultados obtidos numa escala de inteligência mostram o sucesso do indivíduo num determinado conjunto de tarefas (Wechsler, 2003).

WISC-III serve para orientar as hipóteses sobre as áreas de disfuncionamento cognitivo e para a escolha das provas complementares, com o objectivo de alcançar um diagnóstico diferencial (Wechsler, 2003). As provas originais encontram-se em anexo (Anexo D).

A análise que se segue foi realizada com base em Wechsler (2003).

Análise do Qi

QIEC = 78 I.C. a 95% (72-89) Nível médio inferior

Eficiência global situada num nível inferior. Apresenta capacidades actuais inferiores à média da sua faixa etária.

QIV = 82 I.C. a 95% (76 - 90) Nível médio inferior

Eficiência intelectual no domínio verbal inferior à média.

QIR = 80 I.C. a 95% (73 - 91) Nível médio inferior

Eficiência intelectual no domínio não verbal é de nível inferior à média.

QIV – QIR = 82 – 80 = 2 Pontos Diferença não significativa a $p \leq 0,05$
--

Uma diferença que ocorre em 71% da população da amostra de aferição é uma diferença não significativa, o que indica uma homogeneidade de funcionamento nas duas partes da prova – verbal e realização, no entanto, encontram-se abaixo da média da sua faixa etária.

Análise dos Índices Factoriais

$$\text{ICV} - \text{IVP} = 83 - 74 = 9$$

$$\text{IOP} - \text{IVP} = 77 - 74 = 3$$

$$\text{ICV} - \text{IOP} = 83 - 77 = 6$$

A não apresenta diferenças significativas entre os índices de compreensão verbal com a velocidade de processamento; índice de organização perceptiva com a velocidade de processamento nem de índice de compreensão verbal com a organização perceptiva.

Análise Inter-Individual

A análise que se segue foi realizada com recurso a um estudo de Grégorie Sutre em 2000, sobre a metodologia de interpretação sobre a avaliação clínica da inteligência da criança sobre a teoria e prática da Wisc-III (Grégorie, 2000).

Informação

O A demonstra um resultado inferior à média do seu grupo de referência apresentando um resultado bruto de 6 uma vez que a média é de 10. Este resultado aponta para uma disponibilidade de conhecimentos gerais inferiores.

Semelhanças

O resultado apresentado neste sub-teste situa A na média (10) do grupo de referência. O que remete para a capacidade de proceder a um raciocínio lógico-abstracto num contexto verbal.

Aritmética

Neste sub-teste A apresenta resultado inferior à média (8). Este resultado parece remeter para dificuldades de conceptualização, expressão de conceitos numéricos, dificuldades ao nível do raciocínio e de aritmética mental.

Vocabulário

Este sub-teste também apresenta um resultado inferior à média (6) do seu grupo de referência. O que indica que A apresenta uma compreensão, abstracção verbal, domínio e carência de conhecimentos.

Compreensão

Este permite verificar o conhecimento verbal aplicado a conceitos sociais, isto é, avalia conhecimentos sobre questões sociais e gerais. Não permite tirar inferências relativamente à qualidade do funcionamento social. Nesta prova o A obteve um resultado (8) também este inferior à média do seu grupo de referência.

Complemento de Gravuras

O A obteve o resultado (9), ou seja, ligeiramente inferior à média da sua faixa etária. O que remete para uma capacidade em analisar formas familiares relativamente boa e capacidade em distinguir o acessório do essencial.

Código

Um resultado considerado muito inferior à média do seu grupo de referência (4). Este resultado pode indicar dificuldades ao nível da coordenação visuo-motora. Este sub-teste avalia a capacidade de aprendizagem de uma situação nova num curto espaço de tempo. Para aprender a tarefa é necessário atenção, concentração e memória visual.

Cubos

Resultado padronizado considerado um resultado médio para o grupo de referência de A (10). Este sub-teste avalia-se a inteligência independentemente do factor linguagem, ou seja, é uma boa medida do raciocínio lógico-abstracto sobre conceitos não verbais.

Composição de Objectos

Resultado padronizado inferior à média. (8). Este sub-teste permite avaliar as capacidades de compreensão do todo a partir das partes, as capacidades de coordenação visuo-motoras e de planeamento. Durante a execução da prova, A demonstrou capacidade em reconhecer o objecto, contudo a maior dificuldade era em construir o todo.

Pesquisa de Símbolos

Um resultado considerado inferior à média do seu grupo de referência (7). Este sub-teste permite avaliar o controlo atencional. A criança necessita de uma boa capacidade de atenção visual, memória de trabalho e rapidez de pesquisa visual.

Labirintos

O A obteve o resultado (5), ou seja, inferior à média do grupo de referência. Este sub-teste avalia essencialmente a capacidade de planificação do comportamento e a rapidez e precisão de controlo visuo-motor.

Em suma, A obteve um QI de 78, que o coloca abaixo na média correspondente ao seu grupo de referência, demonstrando homogeneidade de funcionamento nas duas partes da prova – verbal e realização, também aqui com desempenho inferior ao esperado para a sua faixa etária.

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM 47).

Na terceira sessão iniciei com as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM 47). Essencialmente, a prova é composta por um conjunto de tarefas não-verbais,

com o objectivo de medir a aptidão do sujeito para apreender relações entre figuras. A pessoa necessita apenas de indicar/apontar a figura que considera resolver o problema apresentado (Raven, Court & Raven, 1998).

Nesta prova que avalia o desenvolvimento da inteligência de uma forma geral, A situa-se um resultado de 15 pontos, segundo Simões (2000), coloca-o no percentil 25 apresentando um QI = 90, tanto para a sua idade, quanto para o seu nível escolar, é um resultado inferior, demonstrando uma capacidade intelectual inferior à média do grupo de referência. Em anexo encontram-se as provas originais (Anexo E).

Figura Complexa de Rey.

Foi criado por Rey Osterrieth com o pressuposto de estabelecer um diagnóstico diferencial entre a deficiência mental e a deficiência adquirida na sequência de um traumatismo, assim, avalia a organização, o planeamento e as habilidades de resolução de problemas. A análise que se segue é feita com base na informação constante no manual do teste (Rey, 1988).

Relativamente à primeira parte da prova, em que apela à cópia, o mais fiel possível da figura que é apresentada A obteve um resultado que o situa no percentil 10, sendo, portanto, um nível de precisão muito baixa. Deste modo, a criança demonstra resultados muito abaixo da sua faixa etária, colocando A ao nível de uma criança de 7 anos. É importante referir que nesta prova A demonstrou um comportamento impulsivo ou de realização apressada, uma vez que foi realizada num tempo curto.

No que se refere à segunda parte do teste em que é feito um apelo a que a criança reproduza de memória a imagem anteriormente apresentada, A obtém um resultado também este que o situa abaixo da sua faixa etária, com nível de precisão do percentil 30 – 40, também esta realizada num tempo curto. Em anexo encontra-se as provas originais (Anexo F).

Prova Gráfica de Organização Perceptiva de Bender-Santucci.

Numa prova que permite identificar dificuldades ao nível da organização visuo-motora e tendo por base a informação constante na amostra de aferição de Zazzo (1981), A situa-se num resultado de 41 pontos. Este resultado situa a criança na média

da sua faixa etária segundo um estudo realizado por Fonseca (1994). O que leva a concluir que A evidencia uma eficiência grafo-perceptiva adequada ao seu nível etário, não demonstrando dificuldades ao nível da organização visuo-motora. Segue em anexo a prova original (Anexo G).

C.A.T. – animal.

Como supracitado este é um instrumento que se encontrava disponível na instituição e com fim de perceber a dinâmica emocional de A. A Última sessão destinou-se à avaliação projectiva. A demonstrou pouco interesse na prova. Desde o início ao fim da prova que A mostrou algum desconforto e agitação.

O Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT-A) é um instrumento que tem grande importância na clínica com crianças, sendo um dos principais instrumentos projectivos usados neste contexto. Foi criado por Leopold Bellak e Sonya Sorel Bellak em 1949, ao constatarem que é mais fácil para crianças pequenas identificarem-se com animais do que com pessoas (Bellak, 1971).

A análise do CAT fundamenta-se no princípio de que as interpretações que o indivíduo faz do estímulo são uma apercepção idiossincrática, isto é, a pessoa o interpreta à sua maneira, em função das suas necessidades e motivações.

A análise que se segue foi elaborada com recurso às provas temáticas na clínica infantil de Monika Boekholt (2000). Em anexo encontra-se a folha de procedimentos e as respostas dadas por A (Anexo H).

Cartão 1

Neste cartão há indícios de uma boa introjecção de um bom objecto capaz de conter, suportar (“a mãe galinha foi a primeira a ser desenhada”) e cuidar (“a mãe fez a sopa”). No entanto, os procedimentos encontrados (EI1; RC3; RE1; RC2) apontam para o evitamento de um conflito identitário ao qual está patente a necessidade de destacar e delimitar o objecto, eventualmente exigindo o cumprimento das suas funções.

Por outro lado, embora a rivalidade fraterna pareça estar resolvida quando, A, se coloca numa posição de destaque (“Não tem babete, este sou eu porque sou mais crescido”), o vincar deste papel pode sugerir uma luta anti-depressiva entre

agressividade/dependência, aliás, consistente com o momento que vivia na actualidade (mãe teve novo filho).

Cartão 2

Neste cartão, A, aborda o conflito edipiano, identificando-se e estabelecendo alianças (pai contra mãe e filho).

A castração é inevitável (“o pai vai ganhar”) apesar da aliança com a mãe. Em reacção, A, assume o lugar do pai, de forma onipotente, exercendo o seu poder ao terminar a história (“já está”).

A análise do conteúdo latente parece congruente com os procedimentos encontrados na história (IF3; MC2; EI1).

Cartão 3

A resposta que A dá neste cartão sugere num primeiro momento uma identificação identitária onde se encontram as dialécticas grande-pequeno, potência-onipotência. Como resposta a um poder insuportável, parece surgir uma necessidade de minimiza-lo através do enfraquecimento do leão (“Não reparou...”); (“será que está velho?”).

Esta tentativa não é, no entanto, bem sucedida uma vez que o leão continua vigilante (“está a olhar” na imagem o leão não olha para o rato) e é perigoso (“o que achas que deve ter acontecido?”). A figura paterna é, assim, reconhecida com os acessórios de autoridade (cachimbo/bengala), a par da manifestação de um sentimento de falha e de carência afectiva em relação a ela: apesar de ele sentir que o pai sabe da sua existência, ele não sente a sua relação.

O apelo à relação paternal é evidente. Quando refere que “o ratinho conseguiu viver”, A demonstra que, apesar da adversidade de não ter a relação afectiva com o pai, ele preserva a sua imagem, e isso dá-lhe o poder prosseguir.

Os procedimentos encontrados (RE1; RC2; IF3; EI5; OC8 e OC3) corroboram esta análise, dando conta de um conflito que parece actual e consistente com a falta de uma referência masculina/paterna estável e de boa qualidade (relação pai-padrasto).

Cartão 4

Neste cartão, A, descreve uma cena familiar agradável (piquenique), retratando uma mãe cuidadora (que providencia alimento) e fazendo referência à rivalidade fraterna ao indicar a existência de um novo irmão, mas anulando-a ao colocar o mesmo dentro da barriga da mãe apesar do que se representa no conteúdo manifesto e do que vive actualmente.

Os procedimentos encontrados (RE1; RE2 e EI2) parecem corroborar esta análise ao limitar a ressonância do conteúdo latente e assim, a abordagem das relações com a figura materna e com o novo irmão, provavelmente pouco integradas nesta fase de adaptação à nova situação.

Cartão 5

Neste cartão A representa a cena primitiva (os filhos acordados e os senhores ursos debaixo dos lençóis), mas evita a sua elaboração distanciando-se dos pais (“senhores ursos”) e coloca-os (“a dormir”). Ao identificar-se com o grande (qual?) e dar uma justificação descontextualizada, A parece não conseguir lidar com o conflito evocado querendo rapidamente fugir dele, o que se verifica nos procedimentos utilizados (RE1; EI1; MC1 e OC10).

Cartão 6

Tal como no cartão anterior a cena primitiva aparece também aqui adormecida devido à sua difícil abordagem, A tem necessidade de fugir novamente (“seria o pai para não ter que ir à escola”); procedimentos encontrados (RC2; RE2; OC10 e OC7). Neste cartão a interdição da exploração é dupla e parece suscitar sentimentos depressivos (lá dentro “os pais estavam a dormir” e “o bebé estava a ver” e lá fora “o Outono, folhas a cair para brincar”).

Cartão 7

Neste cartão A responde ao apelo do conteúdo latente de uma forma ajustada, elaborando o conflito. Agressor e agredido estão diferenciados e competem entre si (“o macaco foi acordar o tigre e depois o tigre atacou o macaco...”). Ainda que a resolução

do conflito seja “inevitavelmente” a força do tigre sobre a provocação do macaco, A recorre à onnipotência ao identificar-se com o tigre revelando tal como nos outros cartões a sua necessidade de controlar os conflitos emergentes.

Procedimentos: a análise dos procedimentos (IF3; IF6 e IF8) é consistente com a capacidade de elaboração referida.

Cartão 8

Neste cartão A representa o casal parental e a sua relação complexa e exclusiva sobre a qual ele fantasia (“a mãe estava a dizer segredinhos ao pai e o pai estava a rir e a fazer com uma tesoura a cortar a perna da mãe”: IF3; IF8). A culpabilidade resultante desta transgressão (omnisciência) parece expressar-se no evitamento e na necessidade de fuga de um conflito ameaçador (A, recorre a um pormenor aparentemente aleatório: “estavam a gozar com o brinco da cabeleireira”: RE5 e RC3).

Cartão 9

A narrativa construída por A em resposta à proposta latente deste cartão remete para a impossibilidade de abordar a solidão e o abandono. A recorre a um conto infantil preenchendo a história com personagens que não figuram no conteúdo manifesto deste cartão embora estejam presentes noutros (IF1; IF7 e OC7), numa história que parece estar ao serviço de uma defesa maníaca contra a solidão e aos seus perigos (“os ursos correram com ele”: IF6). A cena proposta pelo cartão é abordada “de passagem” e o impacto da solicitação é de tal forma insuportável que o coelhinho tem de ir (“a chorar para a sua mamã”: RA1).

Cartão 10

A responde à solicitação latente do material deste cartão com uma história bem estruturada pondo em evidência os diferentes papéis (“cadelinha adulta e o seu filho”), retratando uma cena quotidiana de aprendizagem da limpeza na qual apesar do mau comportamento se submete ao desejo da mãe (“estava a tomar banho, mas não parava quieto nem um segundo “...” depois os dias a seguir o bebé começou a portar-se bem”). Isto sugere um estabelecimento do eixo edipiano no qual a agressividade é manejada

num registo sadomasoquista (em resultado do mau comportamento do cãozinho “a mãe ficou muito triste, depois deu tau-tau e o bebé começou a chorar”).

Os procedimentos encontrados (IF3; IF6; RA1 e OC3) corroboram uma resposta bem sucedida ao apelo do conteúdo latente.

Análise global C. A. T. – animal

De uma forma geral, A responde em concordância com a solicitação latente dos vários cartões apresentados (à excepção do cartão 5, em que o conteúdo latente é pouco elaborado, e do cartão 9, no qual o mesmo não pode ser abordado), encenando os conflitos com dificuldade, com recurso a mecanismos defensivos mais ou menos variados em função do estímulo.

As narrativas são maioritariamente pouco elaboradas, sendo que, as personagens são descritas em contextos limitados e circunscritos no tempo, isto é, A descreve a maior parte das vezes o material apresentando uma cena fixa mesmo quando os seus personagens interagem. Quando existe interacção ela é contida ou, em casos específicos, pautada de acção insistente (cartões 7, 9 e 10).

Nos primeiros cartões (cartões 1-6) A recorre sobretudo a defesas ligadas à posição depressiva (recusa maníaca e sobreinvestimento da realidade externa) e neuróticas (evitamento fóbico e defesas rígidas), evitando a exposição dos conflitos evocados através da projecção, ao passo que do cartão 6 em diante as defesas primitivas são privilegiadas (projecção) em detrimento das restantes. De modo geral, mesmo quando prevalece a projecção há uma tentativa de controlo (procedimentos IF associados a RE; OC) o que sugere uma diferenciação interno/externo, no entanto a existência pontual da projecção maciça (cartões 5 e 6) denota fragilidades a nível identitário. O mesmo se pode inferir da reduzida utilização de defesas rígidas.

A par das temáticas que dominam as narrativas (1 - comer; 2 - jogar; 3 - provocação/conflito; 4 - comer/andar de bicicleta/gravidez; 5 - insónia/solidão “acompanhada”; 6 - insónia/solidão “acompanhada”; 7 - conflito; 8 - conflito/segredo; 9 - comer/conflito/chorar e 10- higiene/punição), a problemática prevalente no protocolo parece ser o estabelecimento do eixo edipiano, de forma mais ou menos estruturante dependendo do apelo dos vários cartões (cartões 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 10), ainda que as problemáticas da identidade e elaboração da posição depressiva sejam também evocadas (cartões 1 e 4 e cartão 9 respectivamente).

O A encena a luta edipiana e estabelece aliança com a mãe (cartão 2) mesmo que esta não lhe permita vencer o conflito. A uma mãe que parece cumprir os requisitos mínimos de cuidado e suporte (cartões 1, 4, 9 e 10) opõe-se uma imagem parental extremamente poderosa e vigilante, que pode ser provocada, mas da qual nem sempre se escapa (cartões 3 e 7). Neste sentido, a tentativa de identificação com a figura de poder que A faz na maior parte dos cartões parece ter o valor de um esforço onipotente de resolução do conflito.

No que respeita à cena primitiva, esta aparece sempre adormecida sugerindo uma tentativa de controlo da fantasia para evitar a agressividade culpa e depressão que resultariam da transgressão das prerrogativas parentais (cartões 5 e 6). No entanto, quando a relação parental é inevitavelmente representada (cartão 8) a exclusão parece ser insuportável e contrariada a todo o custo (agressão e onisciência). A transgressão aqui cometida parece tornar-se desorganizadora no cartão 9: A recusa a solidão e, não suportando “ser corrido”, corre ele próprio para o colo da mãe num movimento regressivo que impede a elaboração da posição depressiva.

Por outro lado, a rivalidade fraterna parece ser anulada já que A força uma posição de destaque incontestável (cartão 1) e tenta minimizar a disputa pelo lugar no pensamento da mãe provocada pela existência de um novo irmão (cartão 4).

Finalmente, embora as identificações realizadas ao longo do protocolo apontam para uma diferenciação relativamente bem-sucedida, o esforço subjacente, o recurso à onipotência e a impossibilidade da elaboração da posição depressiva sugerem um processo de separação-individuação doloroso e em decurso que se reflecte numa identidade frágil, posta em causa recorrentemente no palco edipiano e dificultando assim a sua resolução.

Discussão do caso A.

O caso de A foi escolhido fundamentalmente pela sua complexidade quer pela história de vida peculiar e pela dinâmica emocional inerente, quer pela riqueza dos resultados obtidos.

O A é uma criança cujo percurso de vida foi, desde cedo, marcado por uma dinâmica familiar pouco estruturada, com historial de abandono por parte do pai, toxicod dependência por parte do padrasto e mãe portadora de HIV e com diagnóstico de

depressão. A demonstra um ar infeliz, sendo descrito como uma criança ansiosa, dependente, lenta e assustada, com baixa auto-estima, dificuldades na relação com os pares, alterações de comportamento e dificuldades concentração e de aprendizagem. Estas manifestações sintomáticas, que motivaram o encaminhamento para a instituição, parecem corresponder à semiologia relativa à depressão infantil e respectivas comorbilidades, descrita na revisão de literatura (APA, 2013; Correia, 2008; Ferreira, 2002; Gueniche, 2005; Marcelli, 2005; Palacio-Espasa, 2004; Palacio-Espasa & Dufour, 2002; Santos, 2000; Strecht, 2001; Vogel, 2012).

De acordo com a revisão de literatura, a família é o núcleo primário do desenvolvimento da criança. A presença de dificuldades na dinâmica familiar é considerada um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Estudos de Misri, Kendrick, Oberlander, Norris, Tomfohr, Zhang & Grunau (2010), referem que mães deprimidas são menos competentes e afectivas menos sensíveis às necessidades dos filhos e mais negativas durante as interacções com os mesmos. Já na visão de Sroufe, Duggal, Weinfield & Carlson, (2000), filhos de pais doentes ou com parentes adultos com perturbações afectivas, revelam muitas vezes os mesmos sintomas que os seus familiares. Em suma, são vários os autores a concluir que os níveis de suporte afectivo, o conflito e violência familiar constituem factores que contribuem para o nível de estabilidade familiar (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2012; Mombelli, Costa, Marcon, & Moura, 2011; Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias, & Nunes, 2004).

O A foi aceite na instituição por problemas emocionais que incapacitam a aprendizagem, possivelmente decorrentes da dinâmica familiar. Durante a aplicação das provas A foi mantendo um padrão correspondente com a sua problemática, demonstrando ansiedade, baixa auto-estima e falta de atenção. A avaliação psicológica é uma ferramenta no trabalho do psicólogo, uma vez que permite ao técnico alargar a sua compreensão acerca da pessoa que procura ajuda ou dissipar algumas dúvidas que ainda existam acerca do cliente (Vieira, Fay, Neiva-Silva, 2007).

Quando observamos a sua dinâmica projectiva e a respectiva análise da prova C.A.T.- Animal, parece sugerir a vivência de um processo de autonomia difícil, do qual resulta uma identidade frágil. Apesar da evidência da introjecção de relações de boa qualidade (com a figura materna), que parece permitem a preservação do aparelho

cognitivo, as temáticas e mecanismos defensivos encontrados traduzem conflito (defesas primitivas), mas também dependência (sobreinvestimento da realidade externa, por exemplo, bem como temas de solidão “acompanhada” e de necessidade de conforto) e dificuldade de elaboração (defesas maníacas, evitamento fóbico e defesas rígidas, bem como incapacidade de elaborar a solidão), remetendo para uma fase regredida do desenvolvimento emocional e para um funcionamento numa linha depressiva.

No plano cognitivo, a análise das provas aplicadas coloca A abaixo da média esperada na sua faixa etária.

Nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM 47) A, situa-se no percentil 25 revelando um QI=90, enquanto na escala de inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III), obtém um resultado inferior (QI=78), não colocando, à partida, questões de significância, considerando os resultados em conjunto.

Nesta prova, não existindo diferenças significativas entre o QI verbal e o de realização, pode o QI global ser considerado uma boa medida das capacidades cognitivas (Kaufman & Kaufman, 2000). Assim sendo, as baterias cognitivas são congruentes (Wisc- III / CPM), evidenciando alguma capacidade para agir com inteligência, isto é, as escalas utilizadas para a mensuração cognitiva apresentam equilíbrio entre si e permitem concluir um quadro intelectual a ocorrer ainda dentro da designada Inteligência Normal Corrente, embora esteja colocada no início desse intervalo (considerando os resultados combinados Wisc-III =78; CPM =90), o que poderá relacionar-se com a componente de “contaminação afectiva” (no caso desta não existir, A poderia eventualmente colocar-se numa forma mais consistente no intervalo em questão).

De forma a compreender dificuldades específicas e procurar relações causais, torna-se pertinente realizar uma avaliação das sub-escalas.

Nas sub-escalas *Informação*, *Vocabulário* e *Compreensão*, que avaliam conhecimento e curiosidade intelectual, A obtém resultados baixos (6, 6 e 8, respectivamente) podendo estes estar sob influência do meio sociocultural em que se insere (Kaufman & Kaufman, 2000). A vive numa família pouco estruturada e estruturante em contexto de bairro social o que limita eventualmente o desenvolvimento destas competências.

Já nas sub-escalas *Semelhanças* e *Cubos*, também sob a influência do meio envolvente (Kaufman & Kaufman, 2000), o desempenho encontra-se dentro da média (10). Neste caso, raciocínio lógico-abstracto e inteligência não verbal parecem ter-se desenvolvido mesmo em ambiente desfavorável. A inteligência não verbal está concordante, uma vez que os dados são corroborados pelos resultados da Prova Gráfica de Organização Perceptiva de Bender-Santucci que se encontram na média esperada para o grupo de referência (41 pontos).

Os resultados baixos obtidos por A, nas sub-escalas *Aritmética* (8), *Composição de Objectos* (8), *Pesquisa de Símbolos* (7), *Labirintos* (5) e *Código* (4) apontam para dificuldades ao nível das aprendizagens escolares e de aspectos fundamentais à sua aquisição como concentração, memória, coordenação visuo-motora e planificação do comportamento. De acordo com Kaufman & Kaufman (2000), o desempenho nestas provas depende do equilíbrio emocional e de forma particular da sua influência na capacidade de atenção.

Estes resultados parecem, assim, justificar-se com a análise da prova C.A.T.-A (e tendo em conta a história de vida de A) que sugere um identidade frágil, resultante de um processo de autonomia pouco adquirido, dificultado por relações pobres, pouco estáveis (sobretudo com a figura paterna) e de dependência (com a mãe).

Nesta linha de pensamento, A parece consumir a maior parte da sua energia na vivência dos conflitos internos e relacionais o que condiciona a sua disponibilidade para a aprendizagem. Os resultados obtidos na Figura Complexa de Rey corroboram esta associação, pondo em evidência uma contaminação da dimensão afectiva no desempenho demonstrado: A revela uma baixa capacidade de organização perceptiva (cópia - percentil 10), no entanto a memória parece estar preservada (memória - percentil 30-40).

Em suma, os resultados obtidos na avaliação psicológica efectuada põem em evidência a existência de uma perturbação afectiva na linha da depressividade. A ansiedade e as alterações do comportamento daqui decorrentes parecem justificar o desempenho cognitivo inferior à media esperada para a faixa etária de A, na medida em que se reflectem quer na execução das provas, quer nos seus resultados. Assim, apesar do potencial cognitivo demonstrado, A revela dificuldades ao nível da aprendizagem. De acordo com esta análise, considero importante que inicie um acompanhamento

psicológico individual, de forma a poder restabelecer equilíbrio emocional, a par do apoio psicopedagógico de grupo (Pedagogia Terapêutica), de que já beneficia na instituição, podendo ainda ser vantajoso um complemento pedagógico em contexto escolar. Em anexo encontra-se o relatório da avaliação (Anexo I).

2.2.2. Caso clínico B.

Motivo da consulta.

O B é uma criança de nove anos de idade. Foi diagnosticado pelo sistema nacional de intervenção precoce na infância, em 2012, com possível perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Foi sua mãe que tomou a iniciativa de contactar a instituição, uma vez que também esta a frequentou. B iniciou o apoio psicopedagógico de grupo e posteriormente a nível individual.

Em 2014, no decorrer da intervenção psicopedagógica com B, a equipa pedagógica da instituição identificou: imaturidade relacional, dificuldades de adaptação, dificuldades de aprendizagem (acentuadas na escrita, dificuldade na articulação de sons, na expressão oral, bem como no domínio e compreensão da leitura) e desinteresse generalizado pelas actividades. A nível comportamental: alterações do comportamento e pouca integração de regras.

Observação clínica.

O, B, apresenta um desenvolvimento estato-ponderal ligeiramente inferior para a sua idade. É uma criança agradável com uma aparência relativamente investida e de contacto fácil. É simpático e apresenta-se sempre sorridente. Tem uma postura meiga e colaborante. É muito falador. Apresenta imaturidade, impulsividade e pouca definição de regras e limites. Tem um tom de voz elevado, dificuldade na articulação de determinados sons e apresenta muitos medos.

O acompanhamento psicológico individual teve como objectivo possibilitar a partir de consultas de psicologia, um apoio emocional num espaço pessoal e securizante, partilhado com uma figura adulta também esta securizante e aceitante, com o intuito de

fortalecer a sua auto-estima, melhorar a imagem de si, e desta forma, permitir uma melhoria nas suas competências escolares bem como no comportamento.

Nome: *B*.

Data de Nascimento: 20 de Junho de 2006.

Género: masculino.

Idade: nove anos.

Habilitações académicas: 2º ano.

Residência: Grande Lisboa.

Agregado familiar: composto pela mãe e pai, avô e avó materna.

Anamnese.

A anamnese encontrava-se no processo da criança (Anexo J), nela consta que:

A gravidez de *B* não foi desejada, no entanto, foi aceite. Foi um momento complicado uma vez que a mãe encontrava-se medicada por motivos de ansiedade. O parto foi normal sem complicações, no entanto, a mãe foi para os cuidados intermédios por suspeitas de dependência de medicação.

Os pais foram quem prestaram os cuidados ao bebé nos primeiros tempos de vida. O bebé não foi amamentado pelo facto de a mãe ser medicada e actualmente não se regista qualquer problema em relação à alimentação. Era um bebé agitado durante a noite e tinha muitas cólicas.

Ainda agora *B*, que tem quarto próprio, necessita da companhia da mãe para adormecer quando tem pesadelos, esta só mais tarde vai para sua cama, mesmo contrariando a vontade do pai. *B* quando acorda por vezes lembra-se dos pesadelos outras não.

Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, começou a marcha aos vinte meses. Era para ser operado por ter pé plano, mas o pai não considerou ser necessário. Foi internado aos seis meses com uma bronquiolite aguda e foi operado à garganta e aos ouvidos, actualmente ouve bem.

O controlo dos esfíncteres de dia foi por volta dos três anos, embora, no verão durante a noite, continuam a acontecer episódios de enurese nocturna.

A entrada para a creche foi difícil para a mãe porque não ficou consigo e *B* passava o tempo a chorar. No jardim de infância registaram-se as primeiras queixas de inquietude, pois *B* não permanecia sentado.

Na linguagem, os pais não sabem localizar a primeira palavra, apenas que é uma criança que troca muito as letras.

A nível de socialização os pais referem as principais actividades de interesse de *B* passam por brincar com os carrinhos, andar de bicicleta e jogar à bola. Não se fixa muito tempo nas mesmas, por outro lado, fica sossegado a ver televisão. Os pais referem ainda que é uma criança com tendência para se isolar.

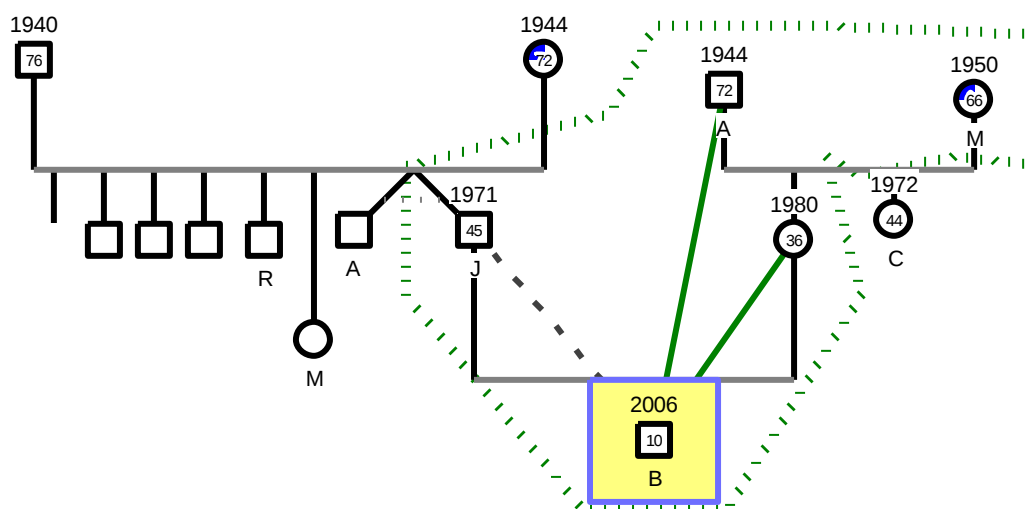
O primeiro ano de escolaridade foi difícil, pois as notas não foram positivas e actualmente frequenta o segundo ano ainda que com um currículo de primeiro ano. A relação que *B* tem com a professora é boa, afirmando que a vê como “uma avó”, por esse motivo os pais não o trocam de escola.

É uma criança que têm dificuldade em pedir desculpa como tal, os pais colocam-no de castigo (vai para a cama e não joga *PlayStation*). Quando não cumpre as regras e é confrontado, chora.

É uma criança que apresenta muitos medos (do escuro, do vento, que os cães morram, de fantasmas, que a mãe lhe bata e não quer sair de casa).

A mãe mostra-se preocupada com o desenvolvimento do filho uma vez que os resultados na escola não são bons. Não vê melhorias nas aprendizagens e o comportamento continua desadequado, com falta de atenção.

Figura 4 – Genograma caso B



Dinâmica familiar.

A mãe de B também frequentou a instituição em 1986. Refere que tinha ataques de pânico, encontra-se medicada, e quinzenalmente tem acompanhamento de psicologia no Centro de Saúde. Sente-se culpada por achar que isso pode ter implicações no filho.

O pai refere que a mãe sofre demasiado com essas coisas, uma vez que também ele em pequeno assim o era, só queria brincar.

A mãe tem o 9º ano e é auxiliar de educação, o pai concluiu o 12ª recentemente com o programa das novas oportunidades e trabalha como empregado de balcão numa pastelaria e dá aulas num ginásio até tarde, como tal tem uma relação pouco presente com o filho.

A mãe critica o modelo parental do pai (o pouco tempo que passa em casa é gasto no computador sem dar atenção filho), e o pai desgosta a atitude da mãe dizendo que é uma mãe “de extremos”, afirmando que ambos estão “cansados”.

O pai de B acha que não devem discutir à frente do filho e que os ataques de pânico da mãe são prejudiciais e têm repercussões no filho. Segundo ele, por esse motivo é que B é “revoltado”. Parece haver desentendimentos na relação. No entanto, a relação de B com os avós maternos é muito próxima uma vez que coabitam, sendo que o avô encontra-se reformado e encarrega-se de B.

Acompanhamento psicológico.

É importante referir que o meu primeiro contacto com *B* foi num contexto de recreio. Este encontrava-se isolado e com ar apático, enquanto as outras crianças jogavam à bola, facto que me chamou à atenção e levou a estabelecer contacto com ele encorajando-o a jogar comigo ao disco, passando de um para o outro.

As sessões foram realizadas numa sala adequada ao acompanhamento individual dos psicólogos da instituição. Realizaram-se 13 sessões, porém o acompanhamento prolongou-se após o ano lectivo ter terminado, por escolha de *B*. Em anexo encontram-se as transcrições directas das sessões (Anexo k).

Primeira sessão.

Na primeira sessão comecei por lembrar que ficou combinado que iríamos estar todas as semanas à mesma hora no mesmo gabinete. Ali seria um local disponível onde ele poderia falar daquilo que lhe apetecesse, brincar e jogar com o quisesse dentro dos limites que não pusessem em causa a integridade física, bem como a preservação dos materiais. Foi também informado de que de tudo o que se passasse naquele espaço entre nós, eu faria confidencialidade.

Numa primeira fase fizemos a exploração da sala, dos vários espaços, dos brinquedos e dos jogos que tínhamos à nossa disposição. Escutando as minhas palavras, *B* propôs um jogo de tabuleiro “quem é quem”. Referiu que não sabia jogar, nem as regras, ao qual eu respondi-lhe: “então podemos ser nós a criar as regras”. No decorrer do jogo o *B* procurava estratégias de forma a que não perdesse, chegando a alterar as regras combinadas. Esta atitude pressupõe provavelmente para uma posição de baixa auto-estima com sentimentos de inferioridade evitando assim sentimentos de insucesso e de frustração.

Após este jogo, percorrendo novamente o gabinete, *B* encontrou um estetoscópio de brincar e disse que podíamos brincar aos médicos e aos doentes. Logo de seguida, atribuiu-me o papel de doente com um cancro e que estava em coma. Perguntei-lhe se conhecia alguém que estava nesta situação, ao qual me respondeu que não, mas que tinha uma tia com cancro na mama e estava doente. Inquieto salta para outro assunto, vê a caixa dos animais onde refere que era jogo para bebés e assim decidiu pegar nos

carrinhos. Ao longo do jogo com os carros *B* retrata muitos acidentes, com uma narrativa desorganizada, ideias confusas e um desenrolar da história com precipitação de acontecimentos após acontecimentos, onde o mais perceptível foi que ele era um ladrão que tinha bebido cervejas e vinho, mas não tinha fumado e que matara todos os polícias e fugira.

Ao passar de jogo em jogo, *B* demonstra comportamentos de ansiedade podendo ser causa da sua inconsistência relacional. Salta do jogo “quem é quem” quando perde, fica angustiado com o jogo dos médicos e quando brinca com os carros o seu pensamento desorganiza-se, como demonstram os múltiplos acidentes acompanhados de alguma excitação sem sequência lógica. Esta termina com uma atitude de onipotência investida num personagem que conseguia estar acima dos outros sem sofrer causas.

Com este discurso e atitudes, pareceu-me que ele estava um pouco desorganizado e essa desorganização de *B* também me confundia. Tendo em conta estas situações senti que deveria intervir fazendo um pequeno reparo. Como tal disse: “já reparaste que isto é só acidentes?”. Sem responder, deixa os carros e pega nas cartas e quer jogar, onde novamente as regras são inventadas e neste jogo, num primeiro momento, ganha, mas depois já partilha a vitória.

Neste momento parece ser uma criança com melhor capacidade de escuta, uma vez que, nesta fase já consegue não querer ser o único a ganhar, mas também a partilhar a vitória.

Isto é, parece que *B* não quer só ganhar no jogo, mas quer também estabelecer uma relação onde os dois ganham, ou então, tem medo de que eu não goste de estar com ele e assim condescende para me agradar, com este movimento parece que *B* está a cuidar da relação.

Terminámos a sessão com *B* a realizar um desenho livre a meu pedido onde retrata a nossa instituição. Desenha duas pessoas que descreve que somos “nós a jogar ao disco”. Com este desenho provavelmente quer demonstrar a sua intenção de preservar a nossa relação e de me gratificar.

Figura 5 - 1º Desenho livre caso B.

Figura 5 Desenho livre caso B



Segunda e terceira sessões.

Nas duas sessões seguintes, *B* vem sempre com uma atitude alegre e bem-disposto, aparentemente entusiasmado por poder voltar a estar em sessão comigo. Veio para a sessão à hora combinada. As suas primeiras palavras foram questionar quanto tempo é que eu dispunha para a sessão e pergunta: “quinze minutos?”. Ao qual respondo: “temos mais”. “20?” pergunta *B*. Eu respondi que era mais. Na continuação do discurso revelou-me que passava todo o tempo da semana à espera por este dia. Propus que fizesse um desenho sobre a sua família o que recusou dizendo que para a próxima sessão o faria.

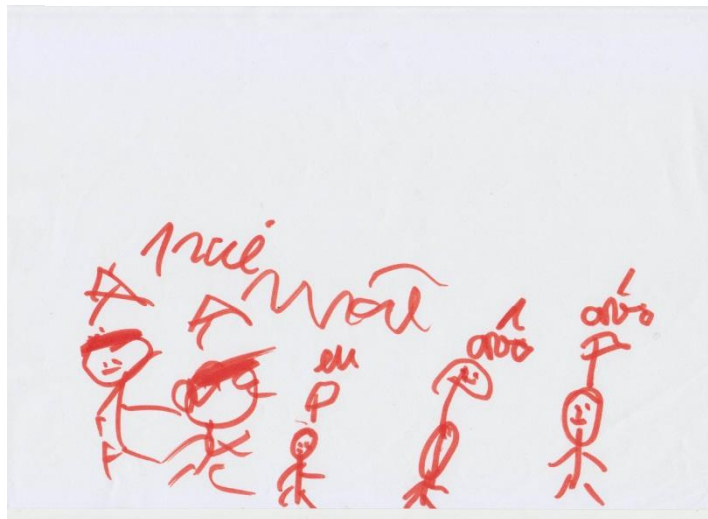
Manifestei o meu agrado e logo de seguida ele propõe continuar a jogar ao faz de conta - os médicos e o doente, onde eu seria o doente com cancro, como na sessão anterior. Rapidamente cura-me com um comprimido, pega numa casa cor-de-rosa e diz: “isto não é para nós. É coisa para meninas”. Em seguida pega nos carros e aí esclarece dizendo: “desta vez não vai haver acidentes”. Porém, ao longo do jogo os acidentes a droga e o álcool surgiram novamente.

Em seguida salta para o jogo da “construção facial” onde fica muito agitado e no meio da execução atrapalha-se, e diz que na sessão seguinte iríamos brincar com a casa das bonecas, mas sublinhou que “eu não sou menina!”.

Nesta sessão, *B* foi demonstrando que queria preservar e melhorar a relação e levantou algumas dúvidas quanto à sua identidade de género bem como às identificações.

Na sessão seguinte, *B* começou por fazer o desenho prometido “sobre a família” embora pouco investido.

Figura 6 Desenho da família caso *B*



A brincar com a casinha aparece a figura da mãe a mentir aos seus filhos e surgem bandidos que raptam os bebés. Não dá continuidade a este jogo, alternando para o jogo de tabuleiro onde *B* manipula as regras novamente para ganhar. Tomei a atitude de testar a sua frustração ganhando no jogo à qual reagiu negativamente, contudo aceitou adequadamente a situação.

No final da sessão refere que tem um segredo, não pode contar a ninguém, se o fizesse a mãe iria ficar muito chateada, mas que para a próxima sessão contava.

Nesta sessão considerei factores relevantes como o de querer cumprir os acordos, com medo de perder a relação, continua a alterar as regras combatendo a sua baixa de auto-estima e parece querer cativar-me para dar continuidade à nossa relação. Continua a alternar de jogo em jogo, de projecto em projecto sem manter uma constância e quando surgem dificuldades desiste sem as enfrentar, passando para outro jogo. Provavelmente usa este recurso para se proteger do seu sentimento de inferioridade, o que pode significar falta de segurança em si mesmo.

Quarta e quinta sessões.

Na quarta sessão de acompanhamento individual *B* entra na sala com uma ferida no lábio. Tentando evitar o sucedido desloca para mostrar uma atitude de autonomia dando a entender que sabe cuidar de si.

Por iniciativa própria afirma ter tido “um sonho mau” onde o avô e a mãe eram maus e que ele já era adulto. Sem dar tempo de resposta refere novamente, como nas sessões anteriores, que tem um segredo o qual não pode contar. Respondo dizendo-lhe “percebo que não queiras contar, se sentires que não estás à vontade”. Diz ter medo, se contar “dá azar!”. Como forma de aliviar a agitação que expressa, recorre a um jogo de tabuleiro. Ao fim de várias vitórias tentei perceber novamente como reagia com a derrota a fim de avaliar uma possível evolução. Desta vez fica frustrado e amua.

Nesta sessão *B* utiliza o deslocamento, de forma a evitar assuntos ou temas que lhe são difícil de abordar. No entanto, dá sinais de querer falar de coisas mais profundas acerca dele, ou seja, fala jogando, todavia mostra-se ambivalente uma vez que começa a abordar assuntos logo de seguida faz uma fuga procurando um objecto para dirigir nova atenção. Parece relevante o facto de *B* ter conseguido frustrar-se na sua própria birra e sair da mesma. Atitudes que anteriormente não manifestava.

Na quinta sessão entra bem-disposto descreve um sonho onde utiliza a onnipotência para suprimir o seu sentimento de inferioridade: “Estava no Brasil, estava a ver a tv Buda e estava a discutir e veio um homem com uma faca e disse-lhe: ‘Tu não te armes em esperto, eu sou melhor do que tu...’ consegui fugir e estavam dois prédios a cair e segurei os dois prédios como o super homem.”. No entanto, envolvido na relação e na nossa conversa *B* já não demonstra tantas reacções negativas quando não ganha.

Quando falamos acerca do fim-de-semana verifiquei que *B* mostra pouco entusiasmo, apenas parece relatar o fim-de-semana como se fosse uma rotina, ou seja, ver televisão. No entanto, diz que gostaria de ter um programa diferente nesse fim de semana com o pai e um amigo seu. Ao falarmos sobre os seus amigos, *B* mais uma vez recorre a uma posição ambivalente, pois tanto me diz que tem amigos na escola, nomeando-os inclusive, como em seguida refere que não os têm.

Ao longo destas duas sessões foi patente uma melhoria na qualidade da relação, uma vez que *B* quando entra no gabinete expressa vontade de ali estar, tenta abordar situações conflituosas, partilhou dificuldades e sentimentos pouco gratificantes

assumindo-os e esboçando uma tentativa de os reparar. Por outro lado, também demonstra a sua carência afectiva e isolamento referindo a falta de amigos na escola e um ambiente familiar pouco estimulante.

Sexta e sétima sessões.

Após as férias de Carnaval *B* inicia a sessão com ar feliz. Relata umas férias com pouco entusiasmo e insípidas. Refere não ter feito nada nesse período inclusive tinha adoecido. Ao falamos da escola, *B* demonstra uma expressão de contentamento acerca das suas notas, pois estas tinham sido positivas, o que antes raramente acontecia.

Ao dizer-lhe que durante a sua ausência tinha pensado nele, e que ia propor-lhe construir uma caixa para guardar os seus segredos. *B* aceita a ideia de imediato e concordamos em fazer isso na próxima sessão.

Por um lado, ao mostrar-lhe que me interesse por ele, reforço a sua auto-estima, por outro, *B* já consegue contemporizar, isto é, não necessita de fazer “o aqui, já e agora” que corresponde a uma manifestação de crianças com pouca capacidade de pensar o futuro. Nesta altura demonstra que consegue fazer projectos, ou seja, projectar a acção - numa próxima sessão vamos construir a caixa.

No final da sessão *B* procurou a caixa das bonecas e veio sentar-se ao meu colo, esta atitude poderá indiciar sentimentos resultantes de carência afectiva. Apesar de me ter informado que não haveria situações de acidentes, álcool e droga como nas sessões anteriores, estes surgiram novamente.

Ao antecipar referindo não haver acidentes, drogas e álcool, poderá corresponder a *B* querer cuidar da relação.

Na sétima sessão o tema central aborda os afectos. *B* leva-me a acreditar que têm uma relação terapêutica consolidada. Relaciona a instituição onde nos encontramos com a nossa relação.

Primeiro, ao dizer que gostaria de remodelar a instituição, pode significar que está envolvido afectivamente com ela - lugar de bem-estar. Segundo, refere vontade de estar numa relação positiva com o pai quando diz que vai com o pai para o trabalho e que este o gratifica com chocolates. Eventualmente *B* idealiza estes factos numa atitude de reparação para com o seu pai.

Terceiro, ao abordarmos novamente a construção da caixa dos segredos, *B* parece revelar parte dos seus segredos. Trata-se de confidenciar “o bem-estar” que sente quando está comigo quando refere “a diversão” e representação afectiva que tem para comigo quando refere “gosto muito de ti”. Ao ter revelado estes sentimentos, em resposta à minha atitude de ligação constante para com ele, *B* consentiu-se a si próprio a partilhar afectos que provavelmente até então não foram possíveis.

Quarto, ao descrever o sentimento de humilhação sucedidos na escola durante um jogo de futebol *B* constata que os outros têm melhor desempenho, aceitando que tem limitações. No entanto, ao ter-lhe recordado que ele começara a jogar há pouco tempo, pois antes não o fazia (*B* iniciou a jogar na instituição há pouco tempo), considera ser desculpa para não ser tão bom jogar quanto os outros e resolve o conflito com um abraço mostrando uma atitude positiva. Demonstra a elaboração da agressividade e a resiliência perante o sentimento de inferioridade.

Oitava e nona sessões.

Após um período sem comparecer tanto na escola como na instituição por motivos de doença (gripe) *B* refere que tem muitos segredos para me contar. Conta-me sobre os seus cães e dos seus sentimentos por estes, refere o medo de alturas, do escuro, pois quando adormece tem pesadelos. Ainda no início da sessão *B* relata estar feliz por estar naquele espaço comigo.

A segunda parte da sessão destinou-se à matemática. *B* quis demonstrar o seu desempenho nesta disciplina, como tal, ao realizar vários exercícios atribuí-lhe o papel de professor onde ele colaborou, ajudando-me a resolver “contas difíceis”. Neste momento a sua auto-estima aumentou, isto é, começou por afirmar que conseguia resolver situações difíceis, depois compara-se com o colega da sala conotado como “burrinho” e termina percebendo que consegue resolver “contas difíceis”.

Ao contrário dos fins-de-semana anteriormente descritos, *B* demonstra entusiasmo, pois o próximo irá ser muito preenchido. É notória a satisfação com a ideia de antecipação do projecto de fim-de-semana que será preenchido por actividades positivas, o que contrasta com as descrições anteriores onde revelava ausência de envolvimento parental.

Voltando aos segredos, *B* deposita em mim a partilha dos seus sentimentos da sua fragilidade designadamente os medos que o acompanham.

Na nona sessão *B* falta, pois sofreu um acidente na escola o qual não aprofundou. Fica satisfeito por saber que me preocupo por ele o que significa que sente que temos uma ligação. Após ter iniciado várias actividades onde não consegue manter-se, revela que a sua cadela falecera. Tendo em conta esta situação *B* mostra uma certa adequação relativamente aos afectos desencadeados pelo falecimento de sua cadela, pois passou para um plano de elaboração e racionaliza o ciclo da vida dizendo à mãe que é normal que a cadela tenha morrido pois esta já tinha muitos anos, demonstrando, assim, maturidade em relação à perda e à tristeza.

Décima e décima primeira sessões.

Começa a sessão *B* apresenta-se bem disposto e ansioso por começar. No entanto demonstra uma certa ambivalência uma vez que apresenta uma expressão abatida ao referir que o fim-de-semana foi um momento estático e gostaria de ir à instituição.

De seguida passa para um estado de entusiasmo ao referir que vai entrar de férias, e ao mesmo tempo, triste por se aperceber que estamos a terminar o nosso processo. *B* afirma que foi muito importante para ele estar comigo, pois nas suas palavras foi “uma grande amizade”.

Em suma, achou importante todas as sessões, apesar de não querer terminar. Assim, ficou combinado que, após as aulas terminarem, ele poderia continuar a vir caso houvesse disponibilidade por parte dos responsáveis. De seguida pega numa folha para mostrar que já escrevia “palavras difíceis”, o qual reforço positivamente.

Ao falar da escola, de forma eufórica refere que neste momento todos o respeitam, pois, agora ninguém se mete com ele. É visível que sente maior segurança em si próprio. *B* afirma ainda que já joga melhor à bola. Embora ainda persistam alguns conflitos na escola, resolve-os adequadamente.

Com este discurso, parece que *B* quer dizer que foi bom e útil o tempo que passamos juntos em sessões.

Decima segunda e décima terceira sessões.

Na sessão seguinte *B* organiza rapidamente o tempo de sessão: “Fazemos assim, 20 minutos para brincar, 20 minutos para falar. 1º brincadeira depois faladeira.”. Bem-disposto refere que não dormiu a noite anterior.

De seguida durante o jogo com os carros, antecipa dizendo que não ia haver acidentes durante algum tempo. Ao pegar no carro para começar a brincadeira *B* atribui-me o papel de polícia que o tinha revistado, ele tinha álcool e como disse, tinha bebido vinho. Pelo prazer de transgressão foge, aqui dá-se a perseguição, nessa perseguição acontece o acidente onde *B* procura fazer uma reparação com recurso aos bombeiros e ambulância, depois os médicos curam e vai ficar bom. Segue-se da seguinte afirmação “viste, não houve muitos acidentes”. Ao ser tratado, deixa de ser um menino transgressor e passou a intitular-se “eu sou um bom menino”.

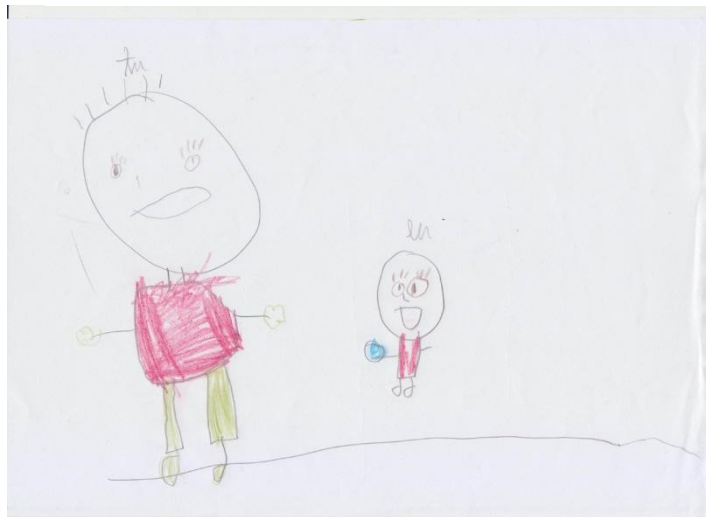
Refere medo de ser raptado e que hoje não tem segredos para a caixa (já não precisa da caixa). Foi falado do término das sessões, que no próximo ano seria acompanhado por outra pessoa. Com o seu consentimento combinamos a presença do avô na próxima sessão em que *B* não queria estar presente.

Termina a sessão com um desenho onde retrata o pai a mãe e nós os dois a jogarmos à bola. Este foi colado no frigorífico de sua casa, ou seja, leva as coisas da relação para a vida real.

Na última sessão começa por afirmar que está triste por ser a última vez que estamos juntos. A temática dos polícias e ladrões dá-se novamente com as perseguições e acidentes. Novamente os bombeiros vêm para curar.

Refere andar a dormir bem e como está de férias até acorda tarde. Desta vez, *B* menciona que prefere estar presente na conversa que irei ter com o seu avô. Depois, começa a ler um pequeno texto de uma carta e diz “vês já leio bem”. Reforço a sua evolução e peço-lhe que faça um desenho livre. Ele aceita e desenha, duas figuras: ele e eu, e segundo *B* somos “nós a jogar ao disco” tal como na primeira sessão (Anexo P). Enquanto desenha volto a reforçar as suas competências.

Figura 7 Desenho livre final do caso B



De seguida informa-me que não passou de ano. Reforço que o que é importante é que ele actualmente realiza tarefas que antes não fazia e se continuar assim para o próximo ano saberá fazer mais coisas.

No final da sessão como combinado tivemos a presença do avô, onde pedi a sua colaboração para realizar o genograma da família. Ao mesmo tempo peço para falar sobre a família de *B*, bem como a sua dinâmica. Ao qual o avô responde que também a mãe de *B* frequentou a instituição pelos mesmos motivos, porém, prestava todo o cuidado ao filho, ao contrário do pai que muitas vezes está ausente, contudo, junto do pai, *B* tem uma atitude e uma postura diferente sem ser de rejeição ou indiferença.

Nestas sessões há uma mudança em *B*, a inquietude volta de forma clara. Parece querer permanecer na relação quando antecipa a temática dos acidentes e demonstra carência afectiva, no entanto, o movimento corporal agitado aumenta. Concluí que provavelmente teve a ver com o término das sessões antes do tempo necessário.

Discussão do caso B.

Tal como no caso anterior, este caso foi escolhido essencialmente pela sua complexidade, quer pela história de vida, quer pela dinâmica emocional complexa que foi demonstrando ao longo das sessões.

O *B* apresenta-se como um caso clínico previamente diagnosticado com perturbação de hiperactividade com défice de atenção e dificuldades de aprendizagem. Contudo, ao analisar pormenorizadamente a sua história de vida, o contexto de desenvolvimento remete para um percurso de vida marcado por momentos difíceis onde a sua vivência afectiva é carregada de figuras ambivalentes e pouco disponíveis, com ambiente familiar pouco estruturado, que não permite promover uma rotina consistente que o tranquilize, e, portanto, pouco securizante, podendo ser uma fonte de ansiedade e insegurança. Para vários autores os níveis de suporte afectivo, o conflito e a violência familiar, contribuem para o nível de estabilidade familiar (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2012; Mombelli, Costa, Marcon, & Moura, 2011; Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias, & Nunes, 2004).

No entanto, esta semiologia, característica de uma P.H.D.A., não surge de forma espontânea sem precedentes. *B* desde muito novo foi uma criança assinalada com inquietude, no entanto, esta perturbação pode ter por base factores etiológicos multifactoriais de risco (Marques & Cepêda, 2009): factores genéticos (Banaschewski, Becker, Scherag, Frank, & Coghill, 2010), factores relacionados com o tipo de estrutura familiar (Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007, cit. in., Azvedo, A., Santos, M., Gaspar, M. & Homem, T, 2012), e factores relacionados com as interacções (Braconnier, 2007) apresentam-se como possíveis causas pela existência desta perturbação.

No caso *B* podemos observar factores de risco como conflito familiar, a presença de patologia psiquiátrica materna (hiperprotectora e ansiosa), vinculação insegura, experiências de separação ou perda, pouca disponibilidade paterna (experiências traumáticas e carenciais precoces), possível exposição a situações de violência e maus-tratos, situações de elevada conflitualidade intrafamiliar e baixo nível socioeconómico, que se apresentam como factores determinantes para o bem-estar e adaptação de *B*. Estes podem ser considerados factores etiológicos da problemática manifestada, sobretudo, nas alterações do comportamento e dificuldades de aprendizagem. Estes podem representar uma chamada de atenção para o sofrimento de *B* (Braconnier, 2007;

Crujo e Marques, 2009; Matos, 2007; Mericangas & Angs, 1995, cit. in., Serrão, Klein, & Gonçalves, 2007; Trevarthen, 1979).

A OMS (2012) dá relevo a factores familiares, isto é, o tipo de suporte familiar e o grupo de amigos, o tipo de interacção familiar e estilo parental podem influenciar o aparecimento de patologia infantil.

À parte disto, *B* é uma criança agradável, simpática e com contacto fácil que desde muito novo foi assinalado com irrequietude. Demonstra um ar infeliz e uma baixa auto-estima com sentimentos de inferioridade, sendo descrito como uma criança agitada e impulsiva, com muitos medos, alteração do sono, dificuldades na relação com os pares, dificuldades no controlo esfinteriano, alterações de comportamento, dificuldades de concentração e de aprendizagem. No entanto o discurso de *B* remete para afectos depressivos com recurso à onipotência como defesa. Também estas manifestações sintomáticas correspondem à semiologia relativa à depressão infantil e, respectivas comorbilidades, descrita na revisão de literatura (APA, 2013; Correia, 2008; Ferreira, 2002; Gueniche, 2005; Marcelli, 2005; Palacio-Espasa, 2004; Palacio-Espasa & Dufour, 2002; Santos, 2000; Strecht, 2001; Vogel, 2012). Intervir nestas problemáticas implica um olhar atento sobre os sinais, os sintomas, e as causas do surgimento das mesmas, sendo que os sintomas adquirem sempre um significado no contexto sócio-familiar e no momento do percurso evolutivo em que a criança se encontra (Bayer, Koumunne, Lucas, Scalzo, & Nicholson, 2011).

Assim, a intervenção psicológica centrou-se no presente e nas perspectivas futuras de *B*, onde a relação foi o principal objectivo de forma a promover um apoio emocional securizante com uma participação afectiva espontânea nas interacções, para assim fortalecer a sua auto-estima melhorar a imagens de si e consequentemente, aumentar a disponibilidade para a aquisição de competências escolares (Pedro, 2012).

Durante as sessões de acompanhamento psicológico foi, de facto, possível criar uma relação terapêutica sólida e de qualidade que permitiu ao *B*, ao longo do tempo, falar e pensar sobre si mesmo. Foi visível a sua carência afectiva e a sua baixa auto-estima com sentimentos de inferioridade e os comportamentos impulsivos que o trouxeram à consulta, no entanto o empenho demonstrado por *B* no trabalho terapêutico (vontade de comparecer nas sessões apesar do elevado número de faltas) traduziu a necessidade de experienciar o ambiente calmo e tranquilizante proporcionado pela

relação construída, na qual pôde colocar de forma livre e segura sentimentos, vivências, dúvidas e medos. Assim, o trabalho focalizou-se nos episódios aparentemente insignificantes do dia-a-dia tendo sempre em vista o futuro, valorizando as expressões corporais, as emoções e os sentimentos experimentados, em jogo nas actividades lúdicas e nas narrativas, na medida em que elas permitem aceder à base da unidade mente/corpo e através desta a uma harmonização afectiva (Pedro, 2012).

No caso *B*, a sua evolução clínica foi visível, foi sempre respeitador dos limites criados entre nós. Durante o processo terapêutico foi clara uma maior auto-estima e confiança em si mesmo, maior capacidade de organizar e planificar actividades, capacidade de comunicar sentimentos e medos, bem como uma diminuição significativa na sua agitação e inquietude motora inerente aos seus níveis de ansiedade. De uma forma contínua, *B* foi-se mostrando mais adaptado, com comportamentos mais estáveis, notando-se também melhoria ao nível da capacidade de resolução de conflitos e da relação com os pares, bem como do desempenho escolar, ainda que esta não se tenha reflectido na aprovação do ano escolar.

Em suma, tendo como base a análise o contexto de desenvolvimento e a observação realizada no decorrer do acompanhamento psicológico, *B* evidencia um quadro clínico no qual está subjacente um funcionamento numa linha depressiva, coerente com as manifestações sintomáticas que motivaram o seu encaminhamento (P.H.D.A., e Dificuldade de Aprendizagem). Estas parecem ter sido diluídas ao longo das sessões de intervenção psicológica através da construção de uma relação intersubjectiva terapêutica (Pedro, 2012), consistente e contentora, que, criando um ambiente seguro e adequado, tornou *B* uma criança mais adaptada, confiante e capaz de se relacionar de forma mais saudável com os outros. O balanço é, assim, positivo ainda que este trabalho constitua apenas parte do caminho a ser percorrido no tratamento das manifestações patológicas identificadas. Para isto, considero importante a continuação da intervenção psicológica realizada até à data, bem como o complemento com apoio psicopedagógico, para suprir as necessidades a nível escolar, e um envolvimento da família mais intensificado. Destaca-se aqui o papel fundamental da família enquanto agente de mudança e a importância do trabalho com a mesma de forma regular, construindo um ambiente de envolvimento compreensivo, atendendo ao sofrimento parental e clarificando ideias erradas, receios ou culpas que possam existir

(que aumentam o sofrimento na família), para que a intervenção neste contexto se reflecta e sustente o bem-estar da criança (Marquês & Cepêda, 2009).

PARTE III - Discussão

3.1. Reflexão Pessoal

A realização do estágio constituiu a primeira oportunidade prática na área da psicologia. A escolha do local de estágio foi baseada no interesse pela área da psicologia infantil e no desafio das várias experiências que a instituição me poderia proporcionar. Concluído o estágio é possível acrescentar que o desafio foi superior ao expectável, tornando este percurso ainda mais entusiasmante. Com o consumir de onze meses de trabalho creio que aumentei o conhecimento nas várias áreas, quer a nível da avaliação psicológica, quer na capacidade de estar em relação num contexto individual ou de grupo, ou mesmo na capacidade de reflexão sobre os casos confrontados ao longo do tempo.

João dos Santos considerava que o acto educativo deve atender à relação-comunicação que permite a troca de sentimentos, emoções e conhecimentos, através das mais variadas formas de expressão: corporal (psicomotricidade), plástica e gráfica (em contexto de grupo ou no atelier) e verbal (pela livre expressão oral, como forma de fazer emergir o sentir, experiências, os saberes e as motivações da criança). Como tal, considero que todos os momentos na instituição foram de aprendizagem, isto é, não só as avaliações psicológicas ou os acompanhamentos individuais são momentos importantes de aprendizagem, mas também os almoços, os recreios, o contexto de grupo, as visitas ou a colónia de férias, bem como o contacto com os responsáveis pelas crianças, constituíram diferentes desafios. Parte fundamental da aprendizagem foi, igualmente, o contacto, formal e informal, e o trabalho em equipa com os diferentes técnicos e estagiários da instituição: a partilha de experiências e a abordagem multidisciplinar mostrou-se particularmente importante na intervenção realizada.

Foi uma experiência única vivida de forma muito especial. A instituição recebe estagiário de forma acolhedora, como faz com as crianças e famílias: quem faz parte da equipa, sente que faz parte. Posso agora dizer que a instituição é uma família funcional.

Ao longo do tempo percebi que nesta instituição estas crianças encontram os seus direitos e interesses defendidos. Aqui, brincar e aprender, direitos fundamentais das crianças e que a estas parecem ter sido negados, sustentam a intervenção, pois a

brincar aprende-se e aprender é um significado da vida, uma forma de estar, de descobrir, onde a curiosidade e a procura permanecem.

A principal aprendizagem foi estar em relação. Estar em relação com as crianças, com o seu desenvolvimento, os seus benefícios e vantagens. Estar em relação com os técnicos, com as famílias, enfim, com o contexto em que a criança vive. Foi uma aprendizagem da relação pela relação. Como tal, procurei desenvolver uma atitude empática, de respeito e aceitação tanto pelas crianças como pelas suas famílias e pelos técnicos envolvidos. Mesmo que por vezes me tenha sentido afectado pelas problemáticas destas crianças, perdendo a distância necessária, estas situações permitiram-me perceber que o papel do psicólogo nesta instituição não fica apenas dentro do gabinete em contexto de avaliação ou acompanhamento psicológico, sendo importante em todas as interacções. Contudo, é necessário obviamente destacar das actividades desenvolvidas o acompanhamento psicopedagógico, a avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico, enquanto momentos privilegiados de aprendizagem.

O acompanhamento psicopedagógico em grupo é o método privilegiado na instituição, enquanto forma directa e rica de conhecer as crianças. A minha presença no grupo, enquanto adulto no papel de referência saudável e positiva, promotora de interacção harmónica com as crianças, e facilitador de apoio psicopedagógico foi, por outro lado, uma experiência enriquecedora. Creio que me integrei com facilidade e rapidamente interagi espontaneamente, de forma acautelada, como era suposto, trabalhando em conjunto com a professora destacada.

Relativamente à avaliação psicológica, tive oportunidade de adquirir conhecimentos teóricos e práticos em diferentes metodologias e instrumentos. Apesar de apenas ter concluído duas avaliações psicológicas, pude treinar estas competências participando na cotação de várias provas ao longo de todo o período de estágio. A formação em avaliação psicológica que realizei como complemento bem como as discussões em reunião de equipa foram fundamentais na consolidação desta aprendizagem.

No que respeita ao acompanhamento psicológico realizado, considero que foi bastante enriquecedor, sobretudo porque foi possível “estar” em relação, principal ferramenta do psicólogo, independentemente da abordagem utilizada. Aprendi a estar atento aos mais pequenos gestos, às poucas palavras, ao desenho e ao silêncio de uma

criança. A fazer ligações possíveis entre o comportamento e eventuais factores que o explicassem. A conter, quando necessário, o seu sofrimento, ou mesmo salientar a importância de uma festa para a criança. Este caso depositou em mim grande empenho e um imenso desafio, acompanhado do medo de que a inexperiência pudesse de alguma forma prejudicar a criança.

Dos momentos no recreio destaco a dificuldade na gestão de conflitos entre as crianças. Estas eram superadas através de conversas com elementos da equipa técnica, incluindo a orientadora local, de onde retirei estratégias para lidar com esses conflitos. O recreio passou a ser um espaço de observação das relações que se estabelecem entre as crianças, tal como de alguns padrões de comportamento.

Posto isto, considero que globalmente o trabalho que foi ao encontro das minhas expectativas uma vez que desenvolvi as minhas aprendizagens, consolidei-as e coloquei-as em prática, o que tornou toda a experiência muito enriquecedora. À parte disto, importa referir que ao longo do processo houve também momentos de frustração, cansaço e dúvidas, uma vez que o nível de exigência foi, de facto elevado. Contudo, isto contribuiu largamente para uma boa percepção de como funcionam as coisas na realidade, obrigando-nos a superar-nos e a exigir mais de nós próprios.

Por outro lado, a orientação obtida nos seminários de estágio ministrados pela Professora Doutora Odete Nunes e pela Professora Doutora Mónica Pires foi fundamental e promotora de enriquecimento pessoal e profissional. Da mesma forma, não posso deixar de mencionar a importância que o Professor Doutor António Mendes Pedro teve neste processo, uma vez que possibilitou um olhar minucioso sobre os casos que foram apresentados, bem como um investimento activo e um pensamento produtivo e crítico acerca da intervenção realizada, tendo em conta as diferentes realidades e contextos da prática profissional.

Como principal limitação ao trabalho realizado aponto a minha própria inexperiência. No entanto, as falhas que fui cometendo ao longo do tempo foram sendo atenuadas através da partilha de experiências, em particular nos diferentes momentos de orientação. Além disto, destacam-se também a frustração relativa à percepção da falta de interesse por parte dos pais na criança, o facto de algumas crianças terem número elevado de faltas nas sessões, prejudicando o cumprimento dos objectivos da intervenção, e, por ultimo, a limitação, pela política institucional, da intervenção do

psicólogo na instituição, que considero demasiado circunscrita (o papel do psicólogo apenas tira notas durante a observação da criança ou no acolhimento da família), e assim subaproveitada.

A experiência proporcionada por este estágio foi, como tenho reflectido, enriquecedora e promotora de crescimento pessoal e profissional. Julgo, a par disto, que o empenho e desempenho que demonstrei contribuíram, de forma recíproca, quer para o bom funcionamento da instituição, quer para o bem-estar das crianças e famílias acompanhadas, objectivo último da mesma. Não há nada mais recompensador do que ouvir dos responsáveis pelas crianças e dos técnicos que me acompanharam que foi feito um bom trabalho. Por outro lado, a própria redacção deste relatório pode contribuir com um olhar sobre as problemáticas abordadas e a formas de intervenção que lhes respondem.

Finalmente, a reflexão sobre o trabalho realizado permitiu concluir a necessidade de investir numa abordagem mais completa e multidisciplinar da depressão infantil e respectivas comorbilidades, para que no futuro se obtenha uma compreensão cada vez mais aprofundada que oriente intervenções mais eficazes, ainda que o trabalho realizado na instituição pareça encaminhar-se para um sucesso deste tipo.

3.2. Conclusão

O trabalho de estágio realizado foi uma oportunidade e experiência de crescimento quer a nível pessoal quer a nível profissional. A nível profissional, ao poder trabalhar na área da saúde mental infantil com uma equipa multidisciplinar e realizar uma intervenção em grupo e individual, aprofundaram-se conhecimentos e desenvolveram-se competências fundamentais na formação de um psicólogo clínico, promovendo uma prática futura da profissão de forma eficaz e responsável. A nível pessoal desenvolveram-se competências como capacidade de estar em relação, empatia, escuta activa, adaptação a diferentes interlocutores e contextos, capacidade de trabalho em equipa e de gestão do conflito e da frustração, criatividade e resiliência.

De modo global, o confronto da experiência prática com a teórica previamente adquirida superou as expectativas, criando dúvidas e problemas que exigiram superação e, assim, aprendizagem. Para isto, todos os momentos foram significativos (trabalho de

estágio directo e indirecto com as crianças, orientação, formações, seminários, conferências), não só naquilo que respeita à prática clínica como também na compreensão das manifestações patológicas intervencionadas.

Relativamente às patologias abordadas, foi possível concluir que, embora na maior parte dos casos as crianças sejam encaminhadas por apresentarem sintomatologia consistente com perturbação de ansiedade, perturbação de hiperactividade com défice de atenção ou dificuldades de aprendizagem, estas parecem estar sempre associadas a um funcionamento mental depressivo, pelo que uma intervenção dirigida aos afectos e emoções, e também às relações pela relação, se mostra fundamental. Contribuir para uma melhoria na qualidade de vida do outro, bem como pensar o outro e o seu mundo interno é fundamental na promoção da saúde mental e guia na prática clínica nomeadamente nas componentes da avaliação e acompanhamento psicológico.

Além da orientação crucial no bom desempenho do psicólogo, considero fundamental o complemento com um trabalho terapêutico pessoal. O envolvimento pessoal, tempo e dedicação requeridos, juntamente com o facto de se lidar com pessoas, personalidades e contextos diferentes, enfatiza a importância destes aspectos.

Em suma, creio que o balanço de todo este processo de aprendizagem foi positivo, considerando que os objectivos propostos foram alcançados, no entanto, esta experiência assinala apenas o começo de um percurso longo, de aprendizagem constante.

Referências

- Abraham, K. (1927). *A shot study of the development of the libido viewed in the light of mental disorders*. In *Selected Papers on Psychoanalysis*. New York. Basic Books.
- Abreu, J. (2007). *Como tornar-se doente mental*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Adrián, M., Fernández, I. & Gómez-Rubio, J. (2002). *Estrategias de Estudio para Dificuldades de Aprendizaje e Intervenção Psicopedagógica*. Madrid: Sanz y Torres.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Angélico, A. (2009). Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil.
- Aguar, E. (2004). *Desenho livre infantil: leituras fenomenológicas*. Rio de Janeiro: E- Papers.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). *Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais*. Associação de Psicologia Social.
- Araújo, M. & Silva, S. (2003). Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperactividade em crianças: Alerta para pais e professores. Revista Digital. URL: <http://www.efdeportes.com/efd62/atencao.htm>.
- Antunes, R. (2008). Ansiedade, depressão, stress e comportamento alimentar na infância. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, Lisboa.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, 2 (8), 45-49.

- Azevedo, A. F., Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. G. (2012). A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção. *Análise Psicológica*, 4, 387-403
- Ballone, G. B. (2005). *Dificuldades de Aprendizagem (ou Escolares)* em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=49&sec=19>
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attentiondeficit/hyperactivity disorder: *An overview. European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 237-257. doi:10.1007/s00787-010-0090-z
- Barkley, R. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Nature, course, outcomes and comorbidity. *Courses for Mental Health Professionals*. URL: <http://www.russellbarkley.org/publications.htm#Scientific>.
- Barros, E. (1999). Enquadramento Histórico e Filosofia Orientadora. In Actas do 1º Encontro do centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia, *Pare, Escute e Pense. O Sentir, o Pensar e o Agir na Evolução das Crianças e dos Jovens* (pp. 47- 59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.
- Bayer, J.K., Ukoumunne, O.C., Lucas, N., Wake, M., Scalzo, K., Nicholson, J. (2011). Risk factors for childhood mental health symptoms: *National Longitudinal Study of Australian Children. Pediatrics*, 128, 865-879.
- Bellak, L. (1971). *The thematic apperception test and the children's apperception test in clinical use* (2º Ed.). New York: Grune e Stratton.
- Bauer, S. (2002). Da Ansiedade à Depressão – da psicofarmacologia à psicoterapia. São Paulo: Livro Pleno; Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: GuilFord Press.
- Bernstein, A., Borchardt, M., & Perwien, R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 135, 1110-1119.
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia patológica: Teórica e clínica* (2ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.

- Boekhold, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. (Vol. II: Separation). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. (Vol. III Sadness and depression). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Vol. 3. Perda, tristeza e depressão* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Manuais Universitários 51. Lisboa: Climepsi Editores.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa. Livros Horizonte.
- Branco, M (2010) *João dos santos – Saúde mental e educação*. Lisboa. Coisas de Ler.
- Braten, S., & Trevarthen, C. (2007). Prologue: From infant intersubjectivity and participant movements to simulations and conversations in cultural common sense. In S. Bråten (Ed.), *On being moved: From mirror neurons to empathy* (pp.21-34). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In Goldberg, S., Muir, R., & Herr, J.; *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives*. London: The Analytic Press.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. (F. Anderson, Trad.). Lisboa: Terramar.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-68.

- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Clarck, A. C. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of Anxiety disorders – Science and practice*. Nova Iorque: The Guilford Press
- Carvalho, R., Milheiro, G., & Garrido, J. (2006). Etiopatogenia da depressão na infância e adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 83-97.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2010). *Introdução à Psicopatologia Geral*. 2ª edição revista e ampliada Lisboa: ISPA, Colecção Estudos.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Desespero: aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2011). *Relação de qualidade: Penso em ti*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Correia, L. (1991). *Dificuldades de aprendizagem: contributos para a clarificação e unificação de conceitos*. Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Correia, L. M. E Martins, A. P. (2005). *Dificuldades de Aprendizagem. O que são? Como entendê-las?* Biblioteca Digital. Coleção Educação. Portugal, Porto Editora, in: www.educare.pt/BibliotecaDigitalPE/Dificuldades_de_aprendizagem.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas – Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-82.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e ambiente familiar. *Psicologia em Pesquisa*. 1 (3) 87-100.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

- Decobert, S. & Sacco, F. (2000). *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Faria, T. (2007). Avaliação na PHDA. Formação pós-graduada em psicoterapia com crianças, adolescentes e famílias (APTCC). Funchal, 12 de Setembro de 2007.
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 32, 91-8.
- Fernandes, E., & António, J. P. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 251-254. Retirado de <http://stopescuta.files.wordpress.com/2009/12/13.pdf>
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança. Teoria e prática psicanalítica da infância* (2ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2001). *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, C., de Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). *Fourmonth- olds make triangular bids to father and mother during triologue play with stillface. Social Development*, 14(2), 361-377. doi: 10.1111/j.1467-9507.2005.00306.x.
- Fletcher, J., Coulter, W. A., Reschly, D. J., & Vaughn, S. (2004). Alternative approaches to the definition and identification of learning disabilities: Some questions and answers. *Annals of Dyslexia*, 54(2), 304– 331.
- Fonseca, A. (1994). Um teste de coordenação visuomotora para crianças: resultados dum estudo preliminar com alunos do ensino básico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 125-147.
- Fonseca, G., Ferreira, S., & Fonseca, G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares, *Revista de Pediatria*, 27(4) 223-232.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

- Gama, C. A. P. da; Onocko Campos, R. T., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17 (1), 69-84.
- Goldschmidt, T. (2003). Crises e rupturas – Famílias/escolas/comunidade. O tempo e a crise na família. In Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia (Ed.), *Actas do 3º Encontro do Centro Doutor João dos Santos: Crises e rupturas – A criança, a família e a escola em sofrimento* (pp. 35-48). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Goldschmidt, T. (2005). A Intervenção com as Famílias num Modelo Integrado. In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois (pp. 207-216). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Gozal, D., O’Brien, L., Holbrook, C., Mervis, C., Klaus, C., Bruner, J., Raffield, T., Rutherford, J., Mehl, R., Wang, M., Tuell, A. & Hume, B. (2003). Sleep and neurobehavioral characteristics of 5 to 7 year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 111(3), 554-563.
- Grégoire, J. (2000). *L'évaluation clinique de l'intelligence de l'enfant : Théorie et pratique du WISC-III*. Liège: Pierre Mardaga.
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Horst, F. C. P. van der, & Veer, R. van der. (2008). Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation. *Integrative psychological & behavioral science*, 42(4), 325-35. doi: 10.1007/s12124-008-9071-x.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersn, M. & Kazdin, A. (1996). A Prospective Study of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Layne, A. E., Bernart, D. H., Victor, A. M. & Bernstein, G. A. (2008). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 283-289.
- Leal, I. (2005) *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim do Século.
- Leal, I. (2008) *A entrevista psicológica. Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leonhardt, C.D., & França, R.M. (2007). As entrelinhas das Dificuldades de Aprendizagem A heterogeneidade na sala de aula. *Revista de divulgação técnico - científica do ICPG*, 11 (3), 25 – 29.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J. A. (2010) *Conceptualização, Avaliação e Intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem. A Sofisticada Arquitetura de um Equívoco*. Psiquilibrios Editor.
- Luquet, G., H. (1927) *O desenho infantil*. Porto: Ed. Minho.
- Lustin, J. J. (2004). Clínica infantil. In J. Bergeret (Ed.), *Psicologia patológica. Teórica e clínica* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.
- Malpique, C. (1999). *Pais/filhos em consulta psicoterapêutica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Marcelli, D. (2004). Rêverie intersubjective, promenade entre relation précoce et anthropologie historique. Intersubjectivité. *Revue de Psychiatrie Française*, 35(2), 55- 71.

- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marinho-Araújo, M.M.B.J., & Neves, C.M. (2006). Questão das Dificuldades de Aprendizagem e o atendimento psicológico às queixas escolares. *Aletheia*. 24, 161- 170.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1995). *Infants understanding of people and things: From body imitation to folk psychology*. In J. Bermudez, A. J. Marcel, & N. Eilan (Eds.), *The body and the self*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Mendonça, M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interacções*, pp. 91-111.
- Ministério da Saúde. Retrieved from http://saudemental.pt/wpcontent/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudemental_csp.pdf
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie. Nidification parentale. Nidation foetale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50(1), 61-80. doi: 10.3917/psy.501.0061
- Moreira, L. (2009). Alterações de comportamento na perturbação bipolar e na perturbação de hiperactividade e défice de atenção: Contributo para o diagnóstico diferencial. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Muñoz, J.; Fresneda, M. D.; Mendoza, E.; Carballo, G. & Pestun, M. S. V. (2005). Descrição, avaliação e tratamento dos transtornos de aprendizagem. In C. V. Caballo e M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente*. Madrid: Pirâmide.
- Palacio-Espasa, F., & Dufour, R. (2002). *Diagnóstico estructural en el niño*. Madrid: Herder Editorial.

- Palacio-Espasa, F. (2004). Depressão da criança. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (pp. 250– 252). Lisboa: Climepsi Editores.
- Passos, T. B. (2008). Auto-Conceito, Ansiedade, Depressão e Stress em Crianças e Pré-Adolescentes com Diabetes Tipo 1 (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório do ISPA-IU (18321).
- Parker, H. (2006). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.
- Pedinielli, J.-L., & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedro, António. F., M. (2012). As relações de intimidade para a unidade mente/corpo e mudança. A propósito dos novos paradigmas da psicanálise relacional e da transversalidade do conhecimento. *Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. 3 (2), 359-373.
- 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.
- Ramos, F., & Silvério, I. (1999). Modelo de Intervenção. In Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. (1999). *Pare, Escute e Pense: o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Ramos, F., Silvério, I., & Strecht, P. (2005). A Casa da Praia - Uma Experiência de 30 Anos. In C. Castilho, & E. Salgueiro, *O Segredo do Homem é a Própria Infância, O Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia: 30 Anos Depois* (pp. 97-120). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Rey, A. (1988) *Teste de cópia de figuras complexas. Manual e material* (1º Ed). Lisboa: CEGOC-TEA.

- Rodrigues, A., Martins, S., & Rodrigues, V. (2003). Psicomotricidade e Pedagogia Terapêutica. Relato de uma experiência no Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia. *A Psicomotricidade*, 1, 85-96.
- Salgueiro, E. (1995). A criança e o seu futuro. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 10, 19-26.
- Salgueiro, E. (2004). Revisitando a Hiperactividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* (2005), 20, 39-53.
- Sancakoglu, S. & Sayar, M. (2012). Relation Between Socioeconomic Status and Depression, Anxiety and Self-esteem in Early Adolescents. *Yeni Symposium Journal*, 50 (4), 207- 220.
- Santos, J. (1976). *Pedagogia Terapêutica*. Comunicação de nome - Ao encontro dos Psicólogos, realizada em 1976; texto não publicado.
- Santos, J. (1988). *A Casa da Praia - O Psicanalista na Escola*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Santos, J. (2000). *Depressão infantil. Direito à tristeza e à alegria*. In M. E. Carvalho e Branco (Ed.), *Vida, pensamento e obra de João dos Santos* (pp. 138-142). Lisboa: Livros Horizonte.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social Development*. Oxford Blackwell
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Seligman, M., Walker, E. & Rosenham, D. (2001). *Abnormal Psychology* (4ª Edição). Nova Iorque: Norton & Company, Incorporated, W. W.
- Serrão, F., Klein, L, & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12 (2), 257-268.

Simões, M. (2000), *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Soares, A. S. (2009). Qualidade de Vida, Depressão e Ansiedade em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório Institucional Universidade Fernando Pessoa (10284/1569).

Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/ hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368-389. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02195.x

Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson: Une perspective psychanalytique et développementale*. (A. Lazartigues, & D. Pérard Trans.). Paris: Presses Universitaires de France.

Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

Strecht, P. (1998). *Crescer vazio. Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Strecht, P. (2001). *Interiores. Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Strecht, P (2005) – *A reconstrução dos afectos* – In O segredo do Homem é a própria infância – O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois. (pp. 121-134). Lisboa: Assírio & Alvim.

Spitz, R. (1979). *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Spitz, R. (2004). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original em Inglês *The first year of life*. New York: International Universities Press, 1965).

Sroufe, L., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). *Relationships, Development, and Psychopathology*. In Arnold, J. Sameroff, Michael Lewis and 116

- Suzanne M. Miller (eds.), *Handbook of Development Psychopathology*. Kluwer Academic/plenum publishers, New York
- Szerman, N. (2008). *TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH*. Madrid: Draft Editores.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder - First upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 7-30.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321–347). London: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1993). The self-born in intersubjectivity: An infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of selfknowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson: Recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428. doi: 10.3917/dev.034.0309.
- Vianna, R. R., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez J. (2009). Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência: *Uma Revisão*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5 (1), 46-61.
- Vogel, W. (2012). Depression in children and adolescents. *Continuing Medical Education Journal*, 30(4), 114-116.
- Kaufman A & Kaufman,N.,(2000) *Essentials on WISC-III and WIPPSI_R Assessment*.
- Wechsler, D. (2003). *Wisc-III, Escala de Inteligência para Crianças- III. Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Winnicott, D. (1990). *O ambiente e os processos de maturação* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Winnicott, D. (1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. & Cambron, S. (2002). The Behavior of Anxious Parents: Examining Mechanisms of Transmission of Anxiety from Parent to Child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364-374.
- World Health Organization (2012). Risks to mental health: An Overview of vulnerabilities and risk factors. *Background paper by W.H.O. Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan*. Retrived from http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en.
- Zazzo, R. (1981). *Manual para exame psicológico da criança*. São Paulo: Mestre Jou.