



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
EM AMBIENTE HOSPITALAR**

**(Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)**

Sandra Falcão – 20081487

DOCENTES DO SEMINÁRIO DE ESTÁGIO: Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa

Professora Doutora Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE RELATÓRIO: Professora Doutora Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Dezembro 2015

“A vida, no que tem de melhor, é um processo que flui,
que se altera e onde nada está fixado”
(Rogers, 2009, p.51).

Agradecimentos

O resultado do presente relatório é fruto de contributos múltiplos, sem os quais a sua realização se tornaria quase impossível.

Assim, contámos com o apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de manifestar o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer o acolhimento proporcionado por toda a equipa da Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil, baseado no espírito de cooperação, inter-ajuda e partilha de conhecimentos.

Uma palavra muito terna de agradecimento a todas as crianças que tive o privilégio de conhecer e intervir durante o período de estágio.

A elas dedico cada minuto, são sem dúvida as pessoas mais importantes, sem elas, este relatório não teria qualquer significado.

Em especial há minha filha, que esteve dentro da minha barriga, quando iniciei a licenciatura, e agora passados estes anos esteve sempre comigo, acompanhando bem de perto todas as minhas angústias. Mas espero poder dar-lhe a infância que merece e que tanto tenho defendido!

Aos meus familiares e amigos por acreditarem incondicionalmente em mim.

Ao meu pai, o meu amor incondicional. Tudo o que hoje sou, o devo, é sem dúvida a minha âncora, esteja em que porto estiver.

Aos meus orientadores de seminário de estágio, pelo saber e rigor de análise, entusiasmo e apoios constantes, pela disponibilidade e encorajamento persistente, a minha profunda gratidão.

À Doutora Mónica Pires, por dar-me a conhecer a gerir o trabalho de forma profissional, dominando as peculiaridades da psicologia clínica.

À Professora Doutora Odete Nunes, pela valiosa experiência de aprendizagem que me proporcionou, incentivo e sugestões, tornando este trabalho um desafio estimulante.

Por último, gostaria de agradecer a todos os meus colegas de faculdade e de estágio, pelo companheirismo, partilha de conhecimentos e amizade.

Resumo

O presente relatório reflete o trabalho de estágio acadêmico desenvolvido no ano letivo de 2010 com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio decorreu num hospital público no âmbito da pediatria e desenvolvimento com a duração de 14 meses perfazendo um total de 617 horas.

A revisão de literatura compreende a intervenção e avaliação psicológica com crianças e adolescentes, e contextualiza as atividades desenvolvidas assistenciais e formativas, assim como os casos clínicos acompanhados e apresentados em maior profundidade.

A intervenção surge no âmbito da psicologia clínica na infância e adolescência em contexto hospitalar ambulatorio, em equipas multidisciplinares que permitiram integrar diferentes perspetivas clínicas sobre uma realidade, a criança e família em sofrimento. Permitiu ainda, alargar os conhecimentos ao nível do psicodiagnóstico, terapêutica, prevenção e prognóstico das principais perturbações pedopsiquiátricas, assim como de compreender a importância do psicólogo clínico numa equipa multidisciplinar de saúde mental infantil.

As problemáticas mais prevalentes foram: hiperatividade com défice de atenção e as dificuldades de aprendizagem. Na intervenção psicológica realizada foram utilizadas várias ferramentas e metodologias, avaliação psicológica (entrevista, observação clínica, e aplicação de testes psicológicos) e o acompanhamento psicológico inspirado na ludoterapia centrada na criança.

Os casos apresentados são discutidos salientando a nossa perspetiva, sendo necessário estar com e “centrado no cliente”, nas suas idiossincrasias, reconhecendo que a fonte de todo o conhecimento reside na vivência intersubjetiva entre o cliente e o psicólogo (Rogers, 2004/1951).

Palavras-Chave: Psicologia clínica, Desenvolvimento da criança, Saúde mental infantil.

Abstract

This report reflects the work of internship developed in the academic year of 2010 with a view to obtaining the Master's degree in Clinical Psychology and Counseling. The stage took place in a public hospital within the pediatrics and development with the duration of 14 months for a total of 617 hours.

The literature review reflects the psychological assessment and intervention with children and adolescents, and contextualizes the activities of assistance and training, as well as accompanied by clinical cases and presented in greater depth.

The intervention comes as part of clinical psychology in childhood and adolescence outpatient hospital setting, in multidisciplinary teams that allowed integrating different clinical perspectives on reality, the child and family suffering.

It also allowed extend knowledge to the level of psychological diagnosis, therapy, prevention and prognosis of major diseases child psychiatrist disorders, and understand the importance of the psychologist in a multidisciplinary team of children's mental health.

The most prevalent problems were: hyperactivity attention deficit and learning difficulties. In psychological intervention were performed using several tools and methodologies, psychological assessment (interview, clinical examination, and application of psychological tests) and the counseling inspired by the Child-Centered Play Therapy.

The cases presented are discussed stressing our perspective, if need be with “Client-Centered” and in their idiosyncrasies, recognizing that the source of all knowledge resides in inter-subjective experience between the client and the psychologist (Rogers, 2004/1951).

Keywords: Clinical psychology, Child development, Child mental health.

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract.....	V
Índice	VI
Introdução	11
Parte I - Contextualização do Estágio	14
1.1. Caracterização da Instituição	15
1.1.1. Unidade de Saúde Mental Infantil.....	16
1.1.2. O Papel do Psicólogo na Instituição.....	22
Parte II - Revisão da Literatura	23
2.1. Desenvolvimento da Criança na Primeira e Segunda Infância.....	24
2.2. Saúde Mental Infantil.....	28
2.2.1. Fatores Familiares	29
2.2.2. Perturbações mais frequentes no âmbito do estágio.....	32
2.2.1.1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.....	33
2.2.2.2. Dificuldades de Aprendizagem.....	36
2.3. Avaliação e Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes.....	38
2.3.1. Psicologia Clínica.....	39
2.3.2. Entrevista Clínica.....	41
2.3.3. Avaliação Psicológica.....	41
2.3.4. Acompanhamento Psicológico.....	43
2.3.4.1. Ludoterapia Centrada na Criança.....	43

Parte III - Prática do Estágio	48
3.1. Atividades realizadas no Estágio.....	49
3.1.1. Atividades Formativas.....	50
3.1.2. Atividades Complementares de Formação.....	57
3.1.3. Atividades Assistenciais.....	58
Parte IV - Apresentação de Casos Clínicos.....	69
4.1. Caso Clínico A: Avaliação Psicológica	70
4.1.1. História Clínica e Familiar.....	72
4.1.2. Avaliação Psicológica : Provas Aplicadas.....	75
4.1.3. Síntese das Sessões.....	81
4.1.4. Conclusão.....	84
4.1.5. Análise Clínica e Discussão do Caso.....	86
4.1.6. Reflexão do Caso.....	89
4.2. Caso Clínico B: Acompanhamento Psicológico.....	90
4.2.1. História Clínica e Familiar.....	93
4.2.2. Síntese das Sessões.....	94
4.2.3. Conclusão.....	105
4.2.4. Análise Clínica e Discussão do Caso.....	107
4.2.5. Reflexão do Caso	110
Parte V - Considerações Finais	112
5.1. Conclusão.....	113
5.2. Reflexão Pessoal.....	118
Referências Bibliográficas.....	120
Anexos.....	128

Anexo A: Reunião Leitura: apresentação de trabalhos realizados

Anexo B: Reunião Conjunta: apresentação de trabalho realizados

Anexo C: Reunião Clínica: apresentação de casos de clínicos

Anexo D: Relatórios de avaliação psicológica

Índice de Tabelas

Tabela 1: Serviço de Pediatria	15
Tabela 2: Reuniões a Nível Assistencial	20
Tabela 3: Reuniões a Nível Formativo.....	21
Tabela 4: Cronograma de Estágio.....	49
Tabela 5: Atividades Formativas.....	50
Tabela 6: Atividades Assistenciais.....	58
Tabela 7: Características dos casos na Consulta de Triagem.....	61
Tabela 8: Características dos casos de Avaliação Psicológica.....	66
Tabela 9: Características dos casos de Acompanhamento Psicológico.....	68
Tabela 10: História Clínica do caso de avaliação psicológica.....	71
Tabela 11: Metodologias de avaliação.....	77
Tabela 12: Perfil dos Resultados da Escala de Inteligência WISC-III.....	80
Tabela 13: História Clínica do caso de Acompanhamento Psicológico.....	91
Tabela 14: Momentos do Acompanhamento Psicológico.....	95

Índice de Figuras

Figura 1: Caracterização dos Pedidos na USMIJ.....	16
Figura 2: Intervenção Clínica a Nível assistencial.....	17
Figura 3: Sintomatologias e Quadros Psicopatológicos na Consulta Triagem.....	62
Figura 4: Desenho Livre e Desenho da Família.....	78

Introdução

O presente relatório¹ reflete a experiência prática recorrente do estágio académico em psicologia clínica da Universidade Autónoma de Lisboa.

Neste âmbito foram delineados primeiramente no projeto de estágio, objetivos específicos a atingir, e atividades a desenvolver ao longo de um ano letivo.

Assim, este relatório pretende de forma descritiva, reflexiva e conclusiva abordar as atividades realizadas, a respetiva contextualização bibliográfica, as competências e os conhecimentos e aprendizagens desenvolvidas na concretização dos mesmos. Demonstrar enquanto aluna a capacidade de identificar problemas relacionados com a prática profissional da psicologia clínica e aconselhamento. Refletir sobre as intervenções realizadas, as suas implicações e comunicar as conclusões.

Em relação ao local de estágio, elegemos a intervenção psicológica com crianças e adolescentes em contexto hospitalar, que se revestiu de grande importância, pela dimensão terapêutica relacional que lhe é inerente, como pelas competências exigidas a nível académico. Sendo o local de estágio um hospital universitário, concluímos que seria uma oportunidade valiosa de aprendizagem e crescimento pessoal, e que nos sentíamos entusiasmados com tudo o que poderíamos experienciar, suscitando vontade de apreender o máximo possível tanto a nível prático, como teórico.

A nível prático o trabalho a desenvolver foi motivado pelo desafio e possibilidade de integrar uma equipa multidisciplinar de saúde mental infantil do serviço de pediatria, intervir juntamente com as várias especialidades (pediatria, pedopsiquiatria, terapia da fala), aprimorar as técnicas conhecimentos ao nível da avaliação e do acompanhamento psicológico.

A concretização destes objetivos pressupõe que o psicólogo clínico domine diversas áreas do conhecimento associadas às dinâmicas e problemáticas da criança e da família, nomeadamente: o ciclo evolutivo vital, funcionamento e dinâmicas familiares, relação da criança com outros sistemas mais alargados, psicopatologia desenvolvimento infante - juvenil, instrumentos e procedimentos de avaliação psicológica específicos da infância e adolescência e respetiva intervenção psicológica.

¹ O relatório encontra-se redigido com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

Para o enquadramento do trabalho desenvolvido, é também relevante o conhecimento e relação com outras áreas do conhecimento e intervenção associada à infância; prevenção, apoio familiar e promoção da saúde, assim como os aspetos sociais que têm um impacto na criança e família em sofrimento ou em processo da doença.

Neste âmbito de saúde e bem-estar psicológico a nossa intervenção recaiu sobretudo, a nível assistencial em regime ambulatorio, e foi desenvolvida em complementaridade com a pedopsiquiatria. O trabalho de estágio centrou-se especificamente na realização de consultas de triagem, consulta de psicologia infantil, avaliação psicológica e acompanhamento psicológico.

Ao longo do estágio as observações de consultas psicológicas de cariz avaliativo e/ou interventivo, foi realizada, nas consultas externas do serviço, local onde o psicólogo clínico intervém e desempenha a maioria das suas funções. Numa fase inicial, por ser necessário integrar a dinâmica das consultas de psicologia, adotou-se meramente uma postura de observação passiva. Contudo, no decorrer da fase observacional, foi necessário moldar a atitude, e revelou-se importante a participação, intervindo e refletido durante a consulta e após o término da mesma. Numa fase posterior, foi possível intervir mais autonomamente, neste sentido foram observadas e realizadas dezassete consultas de triagem, sete avaliações e quatro acompanhamentos psicológicos.

A nível teórico, os casos que acompanhámos tiveram como fundamentação a terapia centrada no cliente. Por se tratar de crianças procurámos também as contribuições da ludoterapia centrada na criança, que possui como base os pilares da terapia centrada no cliente, em que as crianças, tal como os adultos, possuem a capacidade de atribuírem significado às suas experiências, e a auto-conscienção das mesmas, e o seu auto-conhecimento diminui a incongruência e o sofrimento (Rogers, 2004/1951). Os casos apresentados são discutidos à luz da perspectiva humanista, da terapia centrada no cliente que consideramos ser a mais adequada ao facilitar a mudança e o melhoramento das dinâmicas relacionais da vida da criança.

O relatório estrutura-se em três partes, que traduz um percurso inerente ao desenvolvimento das atividades durante o estágio.

A primeira parte pretende caracterizar o local de estágio, os seus principais objetivos e valências, e o papel do psicólogo na instituição.

A segunda parte compreende uma revisão de literatura aprofundada, face às atividades desenvolvidas durante o estágio. Deste modo, iniciamos com uma reflexão sobre o desenvolvimento da criança na 1ª e 2ª infância no qual o serviço se direciona, de forma a alcançarmos uma maior compreensão do desenvolvimento considerado fora dos parâmetros expectáveis. Posteriormente, apresentamos as problemáticas mais frequentes observadas no local de estágio, possibilitando a compreensão das situações e casos clínicos observados/acompanhados do decorrer do trabalho de estágio, nomeadamente, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, as dificuldades de aprendizagem.

Ressalvamos, porém, que em contexto clínico, a abordagem de cada caso passou pela compreensão das problemáticas específicas para além da sua categorização (Lambers, 2003), reconhecendo que a psicologia clínica se deve guiar pela singularidade de cada caso. Revelou-se especialmente interessante testemunhar e confrontar-nos com a observação clínica realizada por outros técnicos, e a importância do tipo de abordagem teórica/terapêutica empreendida pelo psicólogo clínico.

A terceira parte remete para os conteúdos práticos do estágio, para todas as atividades realizadas a nível formativo (trabalho indireto) e assistencial (trabalho direto).

A nível formativo existiu a possibilidade de promover, e participar no desenvolvimento das competências profissionais de toda a equipa, através de várias reuniões (clínica, triagem, leitura, conjunta), que contribuíram de forma significativa para um maior conhecimento ao nível da saúde mental infantil e juvenil.

A nível assistencial, a observação clínica e técnicas de suporte conduziram a conclusões sobre o estado clínico das crianças, através de consultas de triagem, consulta de psicologia clínica (avaliação e acompanhamento psicológico) e consulta multidisciplinar de fenda lábio – palatina.

Ainda neste capítulo, e de acordo com os objetivos académicos, apresentamos dois casos, que consiste numa exposição aprofundada dos dados, referentes à história clínica, anamnese, objetivos da intervenção, síntese das sessões, análise clínica e reflexão pessoal.

Por último, a título conclusivo, far-se-á uma conclusão crítico-reflexiva abrangente, tendo em consideração as dificuldades e limitações inerentes ao estágio.

Todo o relatório é sustentado numa revisão da literatura, priorizando a terapia centrada no cliente que fundamenta os casos acompanhados.

I PARTE
CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

I - Contextualização do Estágio

1.1. Caracterização da Instituição

A grande instituição que acolheu este estágio é considerada uma unidade hospitalar, atualmente integrada numa Entidade Pública Empresarial (EPE), na zona grande Lisboa. Desde a sua fundação, é conhecida como um hospital universitário, o que explica a sub-especialização de muitas das suas unidades e consultas, a diversidade e o significado de muitos dos seus projetos de investigação (CHLN, 2009).

O contexto de trabalho de estágio é desenvolvido no Serviço de Pediatria (SP) do hospital, onde procederemos ao enquadramento do mesmo, seguindo-se da apresentação do local do estágio, a unidade de saúde mental infantil e juvenil, com destaque para o serviço de psicologia, onde serão exploradas as principais funções, atividades e dinâmicas deste serviço, inserido no âmbito das consultas externas de pediatria.

Atualmente, o SP é considerado o maior serviço do hospital, constituído por diversos pediatras especializados, e outros técnicos de saúde ligados à infância e à adolescência. Em termos teóricos propõe como paradigma fundamental a intervenção centrada no desenvolvimento e comportamento da criança, nas suas relações com a família, amigos, escola e outros elementos da comunidade (CHLN, 2009).

O SP encontra-se organizado por um ambulatório diferenciado e um internamento sectorizado por especialidades, prestando assistência a crianças em idade pediátrica até dezasseis anos, como podemos verificar através da seguinte tabela (Tabela 1).

Tabela 1.

Serviço de Pediatria

Urgência	Unidade de Cuidados Especiais de Pediatria
Cuidados Intermédios Intensivos	Neurologia / Endocrinologia / Hematologia / Doenças Metabólicas Unidade Pluridisciplinar e Cuidados Especiais do Recém-nascido Nefrologia/Cardiologia/ Cirurgia Pediátrica / Pneumologia Infantil Bloco operatório/Gastroenterologia /Nutrição /Doenças infecto-contagiosas
Consulta Externa	Neurologia Pediátrica / Unidade de Medicina de Adolescentes Unidade de Desenvolvimento /Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil

Indubitavelmente o SP continua a reforçar a sua atitude clínica e humana, deixou de existir enquanto serviço estritamente clínico e passou a integrar uma estrutura mais alargada e integrada, denominada de Departamento da Criança e da Família (DCF).

1.1.1. Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil – USMIJ.

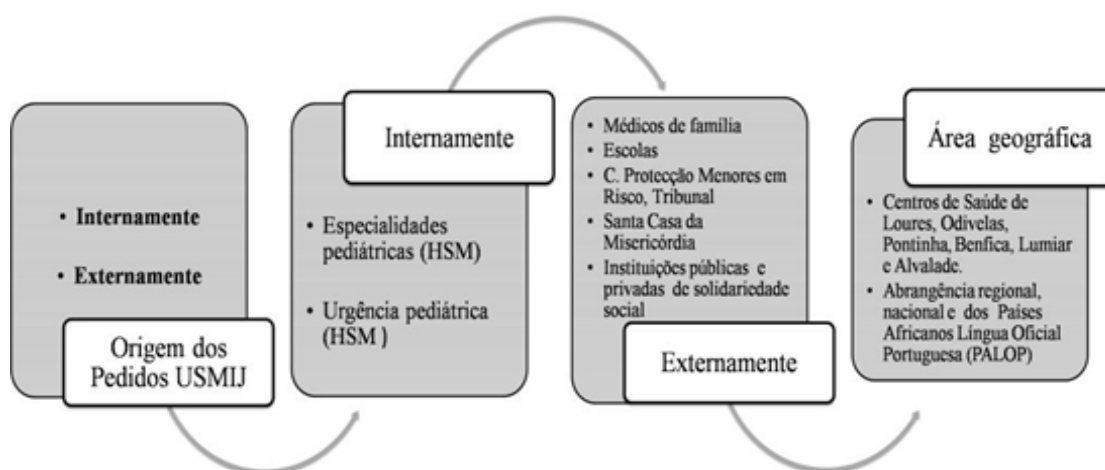
O presente estágio académico realiza-se na USMIJ que existe enquanto núcleo especializado integrado no SP do DCF. A USMIJ partilha o espaço com a unidade de desenvolvimento e com o centro Brazelton (centro português de rede internacional, com o objetivo de fomentar a investigação e ensino em N.B.A.S - *Neonatal Behavioral Assesment Scale*, para técnicos da área de pediatria), e é contíguo à consulta externa, ao hospital de dia e a unidade de medicina de adolescentes.

A equipa da unidade é constituída por três pedopsiquiatras, sete psicólogas clínicas, uma enfermeira com especialidade em saúde mental, uma técnica de serviço social. Colaboram ainda anualmente psicólogos em regime de estágio académico, de carreira, e voluntariado. Em termos teóricos, conta com a diversidade da formação complementar dos seus técnicos. Os modelos psicodinâmicos e sistémicos são *per si* os referenciais basilares de intervenção.

A nível assistencial a USMIJ presta apoio psicológico e/ou pedopsiquiátrico, e procede à avaliação psicológica de crianças e adolescentes em idade pediátrica compreendidas (zero-treze anos), e /ou suas famílias, de acordo com a sua especificidade.

Os pedidos chegam à unidade por diversas vias, internamente, a partir de outras especialidades pediátricas e da urgência pediátrica do hospital, ou externamente, através dos médicos de família, das escolas, do tribunal e de um leque diverso de instituições públicas e privadas, de acolhimento e solidariedade social, conforme figura (Figura 1).

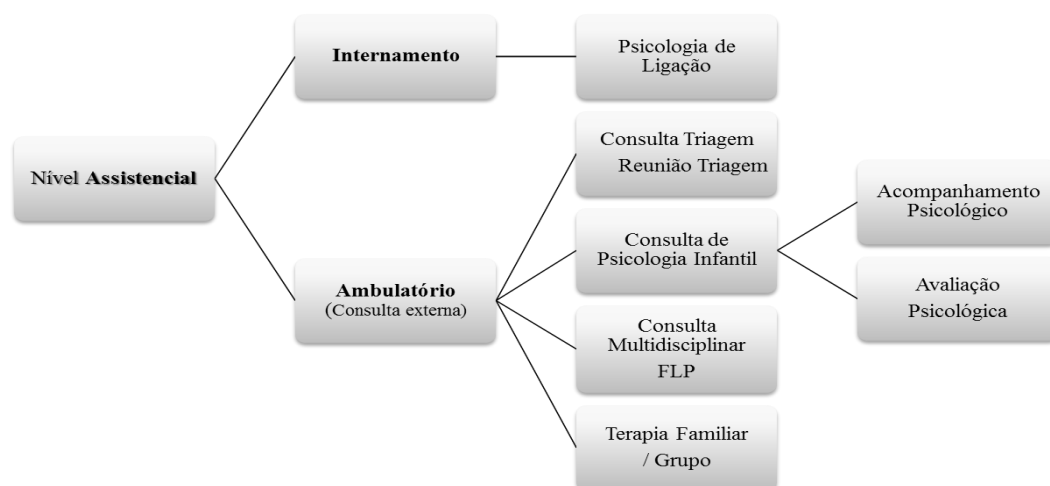
Figura 1. Caracterização dos pedidos de consulta



As situações subjacentes aos pedidos de consulta são muito variados, no entanto é possível destacar os quadros de perturbação emocional (e.g. depressão, ansiedade), as dificuldades de aprendizagem e/ou insucesso escolar, as alterações/perturbações do comportamento (inibição, agressividade, oposição), os quadros de perturbação psicossomática, as perturbações da relação parental, as perturbações do desenvolvimento (e.g. espectro do autismo) e, por vezes, questões judiciais (e.g. atribuição/regulação do poder paternal, abuso sexual, negligência e maus tratos físicos/psíquicos).

Neste contexto clínico, deparamo-nos com uma multiplicidade e diversidade de problemáticas apresentadas pelos casos encaminhados para o serviço de psicologia. Sendo a intervenção clínica desenvolvida a dois níveis assistenciais: ambulatório e internamento, como pode observar através da seguinte figura (Figura 2).

Figura 2. Intervenção Clínica a Nível Assistencial



A nível de internamento, a intervenção psicológica é preconizada pela psicologia de ligação que tem por base os modelos específicos da intervenção na crise e da psicologia da saúde. Na assistência a crianças hospitalizadas, o psicólogo está inserido numa equipa que cuida da criança doente, tendo um contacto contínuo com os diversos serviços de internamento pediátrico do hospital. Participa em reuniões clínicas, e lida com aspetos da relação estabelecida entre as equipas médicas, crianças e suas famílias.

Pode ainda acompanhar as crianças que tiveram alta do internamento, e que ainda necessitam de apoio psicológico em ambulatório.

Não intervém apenas nas doenças com causas psíquicas, mas sim em aspetos psicológicos de toda e qualquer doença física e/ou psicológica. Centra-se nos sentimentos, experiências subjetivas e procura ajudar nos problemas que surgem como colaterais aos outros profissionais de saúde.

A nível ambulatorio, a intervenção clínica é realizada em complementaridade com a pedopsiquiatria e as suas atribuições passam pela realização de consultas de triagem, avaliação psicológica e apoio psicológico e psicoterapêutico.

A intervenção clínica é iniciada através de uma consulta de triagem, que se destina a recolher toda a informação considerada importante acerca da história clínica, pessoal e social da criança. A consulta é realizada através de uma entrevista de triagem, aos pais ou cuidadores da criança (ficha clínica, utilizada por todos os técnicos da unidade), onde são considerados alguns dados pertinentes (origem do pedido, motivo que trouxe a criança ou o adolescente à consulta, e anamnese) e têm a duração média de 45 minutos.

Após esta sessão, o caso é apresentado por cada elemento da equipa na reunião de triagem e decide-se sobre a marcação da primeira consulta ou sobre o encaminhamento mais adequado à situação, sendo as opções de envio mais frequentes à equipa da USMIJ. Quando a apresentação do caso, se torna relevante uma avaliação ou uma investigação mais específica, é diretamente remetida para uma das psicólogas ou para uma consulta de especialidade. Com uma compreensão acrescida do caso, o seu encaminhamento e subsequentes intervenções terapêuticas ou outras ganham em consistência e adequação. Depois da marcação de uma primeira consulta com a família, o restante processo decorre segundo as necessidades da criança e o grau de gravidade da problemática. Conforme a problemática apresentada elegem-se técnicas específicas de avaliação e/ou intervenção, designadamente, a observação e acompanhamento psicológico.

Além da triagem, a área assistencial engloba a Avaliação Psicológica (AP), que têm como objetivo de adquirir um conhecimento mais aprofundado do desenvolvimento global, cognitivo e afetivo da criança, através de metodologias de avaliação (observação livre, entrevista clínica e aplicação de instrumentos de AP).

A AP tem a duração média de quatro sessões (50/60 minutos cada), e a sua realização implica a seleção dos instrumentos mais adequados, consoante a problemática apresentada e os objetivos a atingir, ou seja, é estabelecido um plano de testagem.

Na USMIJ os instrumentos de AP mais utilizados são os seguintes: a Escala de Wechsler para Período Pré-escolar [WPPSI]; a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III [WISC-III]; A Escala de Desenvolvimento Mental Ruth Griffiths 2-8 anos (Revisão 2004); a Figura Complexa de Rey; as Matrizes Progressivas de Raven Coloridas; O Teste Gráfico - Percetivo de Bender (6-14 anos) e Baby - Bender (4-6 anos); o Desenho Livre; o Teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough; O Teste do Desenho da Família de Corman; o Teste de Aperceção Temática Infantil de Bellak e Bellak [CAT-A], e o Questionário de Pontos Fortes e Debilidades [SDQ].

Outra componente da área assistencial é o acompanhamento psicológico, que tem como principal objetivo possibilitar à criança crescer mais harmoniosamente possível nas várias áreas que engloba o desenvolvimento, procurando o restabelecimento do equilíbrio interno do mesmo e da família. Tudo isto é realizado numa perspectiva de integração, onde se espera a participação das suas redes sociais de suporte, tais como, a escola, as associações de tempos livres e a própria comunidade. As características desse apoio dependem da especificidade de cada caso e dos objetivos estabelecidos, sendo que a duração irá depender da evolução do processo terapêutico.

A nível assistencial existe ainda, uma outra área de articulação, a consulta multidisciplinar fendas lábio – palatinas, que integra uma equipa multidisciplinar formada por: dois cirurgiões plásticos, um pediatra, um geneticista, um especialista em ortodontia, uma terapeuta da fala, uma técnica de serviço social, uma enfermeira e uma psicóloga clínica. A equipa reúne-se mensalmente, e intervém no contexto de um plano de avaliação e tratamento estruturado, com o objetivo geral de acompanhar as crianças com fendas lábio - palatinas e suas famílias, identificando evolutivamente riscos e necessidades de intervenção associados a esta problemática.

Por último, gostaríamos de salientar as atividades técnicas da unidade, que assentam em três áreas fundamentais: assistencial, formação e investigação.

A área assistencial engloba a participação de toda a equipa técnica em reuniões (triagem, ligação, passagem de banco, internamento e mensais), que consistem em abordar e discutir os casos em acompanhamento, afim de proceder ao seu encaminhamento, e aperfeiçoar a qualidade dos seus serviços, como se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2.

Reuniões a Nível Assistencial

Reunião	Periodicidade	Objetivo
Triagem	Semanal	Realizam-se na presença dos técnicos da unidade (Psicólogas, enfermeira, técnica serviço social, estagiários) e são dirigidas alternadamente pelas pedopsiquiatras assistentes. Cada elemento da equipa faz apresentação dos casos atendidos na consulta de triagem, de forma a proceder ao seu encaminhamento.
Ligação	Semanal	A equipa aborda e discute os casos de internamento, sob a orientação da coordenadora da unidade, pedopsiquiatra.
Passagem Banco	Diária	Passagem dos casos existentes da equipa de noite para a de dia.
Internamento	Semanal/Quinzenal	Discussão dos casos existentes em internamento.
Mensais	Mensal	Realizam-se com o Núcleo de Psicologia e Intervenção Comunitária e com os centros de saúde, que contam com a presença dos diferentes diretores das equipas. A equipa da unidade troca informações acerca dos casos pertencentes à área desse centro e procura uma discussão multidisciplinar e de possibilidade de apoio comunitário (ATL, ensino especial). Os técnicos do centro têm ainda a possibilidade de exporem casos que não estão a ser seguidos pela USMIJ

A área formativa é igualmente realizada através de várias reuniões (clínica, leitura, conjunta e supervisão), onde a equipa técnica partilha experiências e reflexões que vão desde os casos clínicos a artigos científicos, relacionadas com a teoria e prática da clínica infantil, conforme a seguinte tabela (Tabela 3).

Tabela 3.

Reunião a Nível Formativo

Reunião	Periodicidade	Objetivo
Clínica	Semanal	Apresentação, supervisão e discussão de casos clínicos, por parte dos técnicos da equipa ou dos estagiários. São também abordados aspetos gerais acerca da dinâmica interna do serviço e divulgação de atividades científicas e de formação.
Leitura	Semanal	Reflexão e enriquecimento científico e formação interna, dinamizadas pelos estagiários de psicologia, que apresentam trabalhos relacionados com a saúde mental infantil e juvenil.
Conjunta	Semanal	Realizam-se na presença dos técnicos e estagiários das duas unidades: USMIJ e da Unidade de Desenvolvimento. Constitui um espaço de encontro e apresentação de temas de forma alternada, de interesse científico e/ou clínico, no âmbito das duas especialidades (saúde mental e desenvolvimento).
Supervisão	Semanal	Espaços de encontro e partilha de dificuldades sentidas na prática clínica, esclarecimento de procedimentos a adotar nos acompanhamentos psicológicos, e discussão de hipóteses de diagnóstico, sob a orientação da pedopsiquiatra da unidade.
UCIPED (Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos)	Diária	Apresentação e discussão de casos da UCIPED, realizada por médicos, psicólogos e enfermeiros.

A área de investigação inclui a realização de projetos de investigação científica, por vezes em parceria com outras unidades do serviço de pediatria, ou outros serviços e instituições. Os técnicos apresentam anualmente temáticas pertinentes na área da saúde mental infantil e juvenil, sempre no sentido de alargar o campo de saberes, promovendo não só o seu próprio conhecimento, assim como os de toda a equipa da USMIJ.

Seguidamente, descrevemos o papel do psicólogo clínico aplicado a este contexto de saúde pediátrico, que têm características próprias, que decorrem das características do próprio serviço e dos utentes que o procuram.

1.2.2. O papel do psicólogo na instituição.

O psicólogo em contexto pediátrico tem um papel importante no seio de equipas multidisciplinares na identificação e intervenção precoce de potenciais problemas de desenvolvimento e de comportamento nas crianças (Barros, 2007).

A nível ambulatorio, o papel do psicólogo passa pela realização de consultas externas de psicologia destinadas a crianças e jovens, que foram referenciados pelo hospital ou outra entidade que tenha protocolo com o mesmo, e que anteriormente já tenham sido encaminhadas para si.

A sua intervenção é dirigida à criança, à família, assim como a outros técnicos de saúde, visando fundamentalmente a prevenção da saúde, com o objetivo de sensibilizar e promover competências tidas necessárias para um clima adequado a um bom desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança (Barros, 2007).

De igual modo intervém a nível do internamento, dando apoio às crianças/adolescentes e às suas respetivas famílias, seja em internamentos prolongados ou pontuais, já que na grande maioria destas situações, a dinâmica familiar é alterada.

Assim, o psicólogo desempenha por um lado, um papel clínico se considerarmos que parte do trabalho está relacionado com atendimento de crianças enviadas ao consultório pelos médicos de família, ou pediatras do desenvolvimento que, após a avaliação médica, considerem pertinente encaminhar a criança para o acompanhamento ou avaliação psicológica. Por outro lado, um papel no âmbito da saúde incidindo na promoção da saúde e na prevenção da doença (Barros, 2007; Teixeira, 2008).

Esta conjugação entre a psicologia clínica e a saúde permite ao psicólogo, em contexto individual, promover e/ou reforçar comportamentos saudáveis não descurando a saúde mental da criança, e prevenir possíveis desenvolvimentos de patologias.

II PARTE
REVISÃO DE LITERATURA

II – Revisão de Literatura

Na segunda parte do presente relatório apresentamos uma revisão de literatura, sobre o desenvolvimento da criança na 1ª e 2ª infância. O nosso objetivo é apreciar sinteticamente o que nos parece ser as características dominantes, em cada etapa do desenvolvimento, para posteriormente, alcançarmos uma maior compreensão do desenvolvimento considerado como fora dos parâmetros expectáveis, ditos “ normais ”.

Dada a complexidade e a extensão desta temática, a abordagem será feita em moldes muito concisos. Não descrevemos modelos de análise representativos, de forma a evitar uma dispersão excessiva, mas circunscrevemos alguns conceitos fundamentais.

Começamos por indicar as várias fases que caracterizam o desenvolvimento da criança, que deverão ser entendidos como indicadores etários aproximados: 1ª Infância (zero-dois anos); 2ª Infância – Pré-escolar (três-seis anos), Idade escolar infantil (seis-nove anos); pré-puberdade (dez-doze anos); Puberdade (treze – catorze anos); Adolescente (quinze -dezassete anos) (Guimarães-Lopes,1993; Schaffer, 2005).

De acordo com as várias fases do desenvolvimento da criança, vamos focar o nosso estudo na 1ª e 2ª infância, e nos pré-púberes, que incide a população a qual o serviço se direciona. Em cada fase, indicamos as características físicas, psicológicas e sociais específicas. Contudo, não podemos deixar de nos referir aos estádios vizinhos (puberdade/adolescência) pelas relações de continuidade de princípios ou de consequências (Guimarães-Lopes,1993).

2.1. Desenvolvimento da Criança na 1ª infância e 2ª infância

2.1.1. Primeira infância (0-2 anos).

O desenvolvimento pré-natal e pós-natal são contínuos, ou seja, o que acontece antes de uma criança nascer pode ter implicações posteriores. Isso é especialmente evidente no período fetal, quando o desenvolvimento cerebral é mais rápido e a criança é altamente vulnerável a efeitos teratogénicos (Schaffer, 2005).

Ao se observar um recém-nascido, deve-se ter em mente que as reações do mesmo apesar de serem em sua maior parte reflexa, estão também fortemente relacionadas com seu grau de maturidade e condições físicas, quer sejam sono, fome, irritabilidade etc. (Brazelton & Sparrow, 2003).

Esta capacidade motora de tipo reflexo tem um interesse muito particular no ponto de vista clínico, na medida em que além de traduzir a integridade do sistema nervoso, facilita a relação (mãe / bebê) e os seus cuidados (Brazelton & Sparrow, 2003).

A partir dos 6 meses de idade, a criança começa a distinguir a figura da mãe, sendo que uma separação durante esse período pode ser motivo de uma grande instabilidade para o bebê (Fonseca, 2004).

Nos primeiros meses, o crescimento do bebê é mais acentuado do que qualquer outro período, abrandando no segundo ano de vida. Por exemplo, no desenvolvimento motor há uma sequência regular de aquisições, e o comportamento baseia-se nos seguintes reflexos: aos dois meses a criança segura a cabeça; três-quatro meses, os olhos seguem o movimento dos objetos; aos cinco meses senta-se ao colo e agarra objetos, e diferencia as funções do tato; aos sete meses senta-se sozinha; aos nove meses mantém-se de pé, segurando-se; aos dez meses, gatinha; aos treze meses sobe degraus, e começa a dar os primeiros passos; aos catorze meses mantém-se eretas sozinhas; aos quinze meses anda sozinha (Guimarães-Lopes, 1993; Mazet & Stoleru, 2003; Shaffer, 2005).

Assim, a progressão do desenvolvimento motor, vai desde o bebê totalmente dependente, até ao final do primeiro ano de vida, quando vai adquirindo mobilidade e inicia os seus primeiros passos, onde lhe permite uma maior autonomia para explorar o meio ambiente (Schaffer, 2005).

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, durante os primeiros seis meses, é essencialmente emocional, pelos nove-dez meses, revela então a intenção de comunicar, associando impressões visuais e atitudes às emissões vocais (Guimarães, 1993).

No fim do primeiro ano, corporiza a palavra, diz uma a cinco palavras, mas em algumas crianças verifica-se mais tarde, por voltados dezoito- vinte meses. Um atraso da primeira palavra após os dezoito meses é muitas vezes o sinal de uma patologia de ordem física, auditiva ou mental (Mazet & Stoleru, 2003; Tavares & Alarcão, 2005).

Em relação à esfera psicossocial, a criança passa por mudanças significativas, e começa a compreender a existência de um meio externo diferenciado do seu próprio corpo, e já tem esboçado um conjunto de respostas perante o contexto social e cultural em que se integra, para começar a formar a sua personalidade (Fonseca, 2004).

2.1.2. 2ª Infância e pré-puberdade.

No período pré-escolar (três-seis anos), assiste-se ao desenvolvimento no que concerne à socialização da criança (Brazelton & Sparrow, 2003).

O seu comportamento é observado de acordo com o seu modo de brincar com as outras crianças e adultos, e deve atender às tarefas esperadas para sua idade. Assim, é difícil imaginar uma criança neste período sossegada, com um pensamento lógico e totalmente coerente ou agir realisticamente (Baumrind, Larzelere & Owens, 2010).

Dá-se também a separação da relação dual da criança com a mãe, que se estruturou fortemente durante a primeira fase (Schaffer, 2005). Simultaneamente, verifica-se um rápido desenvolvimento cerebral relacionado com as capacidades de uma aprendizagem mais complexa e do aperfeiçoamento da motricidade fina e grossa. É um período pelo qual, o corpo da criança perde a sua estrutura infantil que até aí a caracterizava, verificando-se mudanças no tamanho e formas corporais (Fonseca, 2004).

A principal diferença entre o período pré-escolar e a 1ª infância é o recurso ao pensamento simbólico, isto é a criança passa a poder representar objetos e ações por símbolos (Piaget & Inhelder, 1979). A sua linguagem evolui, tornando-se num fator primordial na cognição da criança. O seu léxico aumenta significativamente, e atribui um significado para cada palavra aprendida (Mazet & Stoleru, 2003).

Dos três anos até aos seis anos, a linguagem encontra-se correta. Este período vai refletir assim, várias características, como a linguagem, o jogo simbólico, e outras formas de função simbólica. Entre as quais destacamos o egocentrismo intelectual (Piaget & Inhelder, 1979).

Em relação ao período escolar (seis aos doze anos), de um modo geral as crianças estão disponíveis para a aprendizagem. A idade da entrada para a escola primária é definida por lei, por volta dos seis anos. Mas antes dessa idade há crianças que apresentam maturidade para as aprendizagens escolares (Tavares & Alarcão, 2005).

No entanto, como refere Fonseca (2004), à que ressaltar que existem crianças que chegam ao nível do ensino primário sem terem vencido aspetos psicológicos e psicomotores da sua maturação, e que apresentam alterações na linguagem suscetíveis de dificultar seriamente as suas aprendizagens. Neste sentido, é um equívoco aceitar crianças sem estarem devidamente estruturadas, ou ingressarem antes da idade estabelecida legalmente.

Com efeito, a partir dos seis anos, a criança apresenta algumas características importantes para a sua socialização tais como: respeito pelos outros, consciência de si colaboração com o outro, e responsabilidade (Tavares & Alarcão, 2005).

Entre os 6-10 anos, assiste-se a uma acentuação no processo de escolarização, quer devido a experiências extra-familiares ou devido à pré-escolarização. Por isso aparecem nesta idade os primeiros problemas de sociabilidade com expressão no comportamento e em problemas psicossomáticos (Mitchell & Houser-Cram, 2009).

No contexto psicobiológico do desenvolvimento, é comum, infelizmente em todas as sociedades ocidentais, acelerarem as potencialidades das crianças, e que muitas põem em jogo o interesse lúdico da criança, a sua realidade existencial (Guimarães, 1993).

Entre os dez e os doze – treze anos, a criança leva uma vida social intensa. É a idade em que se dá ao grupo, e tudo o que espera dele, em que se realiza uma verdadeira simbiose entre o indivíduo e a sociedade (Delmine & Vermeulen, 2001).

O modo como cada criança lida com os seus problemas depende do número e da natureza das situações ansiosas que possa ter vivenciado, da consciência das suas capacidades e, não menos importante, do suporte social que recebe (Schaffer, 2005).

Na idade escolar, a criança amadurece, as principais estruturas psíquicas, o enriquecimento da percepção, da linguagem, da modulação afetiva e da própria definição corporal, que se encontram ativas no desempenho das suas tarefas. O pensamento torna-se menos intuitivo e egocêntrico e mais lógico, com a capacidade de realizar operações mentais cada vez mais abstratas (Piaget & Inhelder, 1979).

Ao longo deste período escolar, as crianças constroem um quadro complexo de características físicas, intelectuais e sociais de si próprias e dos outros, o que possibilita a continuidade e o aperfeiçoamento na construção do seu autoconceito (Fonseca, 2004).

Posteriormente a criança entra num período de transição da 2ª infância, para pré-puberdade e puberdade, é quando se inicia uma separação em relação ao núcleo familiar (Fonseca, 2004). Este período que marca a entrada para a adolescência, não é observado no local de estágio, que abrange apenas crianças com idades compreendidas entre zero a treze anos.

De seguida, descrevemos a fronteira entre o desenvolvimento dito “ normal ” e patológico, e indicamos as algumas características sintomáticas subjacentes.

2.2. Saúde Mental Infantil

Em saúde mental infantil é difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia, diversos sintomas podem surgir ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo transitórios e sem evolução patológica (Marques & Cepêda, 2009).

Relativamente a este tema tão complexo e discutido por vários autores (Marques & Cepêda, 2009), deve-se adotar uma abordagem do desenvolvimento, por duas razões.

Em primeiro lugar, o estágio de desenvolvimento da criança determina se o comportamento é normal ou patológico. Por exemplo, alguns comportamentos são expectáveis numa idade precoce, porém anormais em idades posteriores.

A segunda razão é que a psicopatologia pode-se modificar à medida que a criança fica mais velha (transtornos ansiosos na infância tendem a melhorar à medida que a criança fica mais velha) (Marques & Cepêda, 2009).

Em relação à intervenção psicológica gostaríamos ainda de salientar que difere dos adultos em alguns aspetos essenciais.

As crianças raramente iniciam a consulta, em vez disso, são levadas por um dos pais/cuidador. O encaminhamento depende das atitudes desses adultos e de como eles percebem o comportamento da criança.

No que diz respeito à medicação é menos usada no tratamento de crianças que no tratamento de adulto (Cooper, 2008). Em vez disso, há uma maior ênfase em trabalhar junto dos pais e com toda a família, tranquilizando e coordenando os esforços para ajudar as crianças.

Assim, as relações entre a família e a saúde mental das crianças constituem, uma área específica da psicologia da saúde infantil, nomeadamente porque vários aspetos do (dis) funcionamento familiar pode ter impacto significativo no seu estado de saúde e bem-estar psicológico (Teixeira, 2007).

Neste sentido, devem merecer a atenção dos psicólogos: os fatores familiares que possam influenciar o desenvolvimento, sinais e sintomas das crianças que abordaremos de seguida.

2.2.1. Fatores Familiares.

A família surge em primeira análise como a tarefa de assegurar o desenvolvimento da criança, particularmente vulnerável às agressões do meio tais como: situações de carências económicas, afetivas e sociais, de conflito, potencialmente prejudiciais ao seu bem-estar físico e psicológico (Pires & Hipólito, 2009).

Apesar de nem todas as famílias estarem sujeitas a estas ameaças externas de forma contínua, podem passar por situações stressoras e de pressão que pode dificultar a sua eficácia enquanto cuidadores. Fatores como o maior isolamento social e familiar, um estilo de vida cada vez mais apressado, a precariedade nas condições económicas e laborais, constituem influências múltiplas no desenvolvimento das crianças, assim como dificultam o papel parental, nomeadamente na disponibilidade afetiva, no controlo/monitorização do comportamento e na criação de limites educativos constantes e coerentes (Pires & Hipólito, 2009).

Na investigação sobre a parentalidade, Baumrind prestou um contributo fundamental para o debate em torno da influência dos pais no desenvolvimento das crianças, com a sua proposta de três estilos parentais: autoritário, autoritativo ou democrático e permissivo (Baumrind, 1967, 1971; Darling & Steinberg, 1993; Parke & Buriel, 2006 citado por Cardoso & Veríssimo, 2013).

Na definição da autora, os pais com um estilo autoritário apresentam valores reduzidos de afetividade e elevados níveis de controlo e restritividade. Numa configuração autoritativa (o estilo considerado mais equilibrado e associado a um desenvolvimento mais saudável da criança), os pais exercem um controlo firme e são afetuosos, calorosos e responsivos às necessidades das crianças (Cardoso & Veríssimo, 2013).

Os pais com um estilo permissivo têm uma atitude tolerante e de aceitação face aos desejos e ações da criança, evitam tomar posições de autoridade e controlo, podendo estar relacionado com o afeto negativo.

Estudos recentes sobre os estilos de autoridade parental demonstram que qualquer dos extremos educativos (pais autoritários ou permissivos) pode significar dificuldades acrescidas nas crianças e causar desequilíbrios (ex.: baixa auto-estima), sendo o estilo autoritativo o que gera nas crianças sentimentos de maior competência social, auto-estima e independência (Pires, Hipólito & Jesus, 2011, 2009).

A investigação aponta ainda para a existência de uma maior vulnerabilidade em crianças com pais com estilos parentais autoritário e permissivo, revelando-se mais dependentes, socialmente menos competentes, menos motivadas na realização de tarefas e mais agressivas (Cardoso & Veríssimo, 2013; Pires, Hipólito & Jesus, 2011, 2009).

O estilo parental autoritativo implica uma sensibilidade face às necessidades, características e desenvolvimento dos filhos, e uma monitorização dos seus comportamentos, sendo considerado o mais adequado. Um outro aspeto associado ao estilo parental autoritativo é que os pais apresentam um nível mais elevado de auto-estima. Assim, a auto-estima é importante enquanto variável individual dos pais para os estilos parentais maioritariamente adotados, influenciando assim o clima afetivo relacional, familiar (Pires & Brites, 2011).

A propósito do potencial impacto no desenvolvimento infantil a teoria da vinculação tem sido largamente utilizada na investigação sobre parentalidade, nomeadamente, a ligação entre uma vinculação segura e os estilos parentais.

O estilo autoritativo como o mais vantajoso na promoção de uma vinculação segura (Page & Bretherton, 2001). Mães de crianças com relações de vinculação seguras apresentam níveis mais elevados de sensibilidade e aceitação, ao contrário das crianças com relações de vinculação inseguras, com maior frequência de perturbações ansiosas e do comportamento, mais sintomas depressivos e mais problemas de isolamento, baixo auto-conceito, e relacionais, de um modo geral (Cardoso & Verissimo, 2013).

Intervir precocemente, por meio de um atendimento abrangente e integrado parece ser especialmente importante para estas crianças e respetivas famílias e eficaz na prevenção ou minimização da ocorrência de problemas associados.

O objetivo é dar suporte ao desenvolvimento de uma função parental (re) organizadora, que compense a instabilidade frequentemente manifestada por estas famílias (Menezes, More, Barros, 2008).

Após refletirmos sobre os fatores familiares e contextuais com implicações na saúde mental das crianças, abaixo caracterizar-se-ão sumariamente as perturbações mais frequentes no local de estágio.

2.2.2. Perturbações mais frequentes no âmbito do estágio.

Em relação às psicopatologias mais frequentes com que tomámos contacto, gostaríamos de salientar que um diagnóstico é demasiado amplo, em determinadas situações, o sintoma funciona como uma máscara que oculta um conjunto de outros problemas afetivos, relacionais, traumáticos, etc. e, portanto, é fundamental que esses problemas sejam identificados porque, numa fase inicial, deverão constituir o foco da intervenção.

No local de estágio, o diagnóstico diferencial é realizado pelos pedopsiquiatras com base nos manuais dos sistemas de diagnósticos mais utilizados para a classificação das perturbações mentais na infância e adolescência (e.g. DSM-IV, CID-10, DC: 0-3R)² Deste modo, realizámos uma revisão de literatura visto que os eixos de abordagem são diferentes, de forma a obter uma maior compreensão da saúde mental infantil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a classificação de perturbações mentais e de comportamento da (CID – 10, OMS, 1993), identifica duas grandes categorias específicas em psiquiatria da infância e da adolescência: perturbações do desenvolvimento psicológico e perturbações do comportamento e emocionais.

Na 1ª categoria estão incluídas perturbações do desenvolvimento de funções específicas como a aprendizagem e perturbações globais do desenvolvimento.

A 2ª categoria inclui as perturbações do comportamento, a hiperatividade/déficite de atenção e as perturbações emocionais da infância. Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar. Já relativamente à classificação DSM-IV-TR (APA, 2002), as perturbações que aparecem na 1ª e 2ª infância, são as de deficiência mental; as perturbações da aprendizagem, da comunicação e as perturbações das aptidões motoras.

O DC 0-3R destina-se a complementar e não substituir o DSM-IV, e dedica a devida atenção ao desenvolvimento precoce, fornecendo bastantes opções de diagnóstico para esta faixa etária, reconhecendo a importância da relação pais-filho em perturbações que ocorrem nos primeiros anos DC:03-R (APA, 2005).

² DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais; CID-10: Classificação de Perturbações Mentais e do comportamento; DC: 0-3R (Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revision edition)

O Eixo I reflete o diagnóstico primário da criança (e.g. perturbações afetivas, do comportamento alimentar, regulatórias). O Eixo II descreve desordens específicas sintomáticas para a “ relação ” criança – cuidador com base em observações estruturadas do clínico (e.g. perturbação da relação: ansiosa, insegura, sexualmente abusiva).

Em relação às problemáticas mais frequentes em Portugal existem poucos estudos que comprovem a prevalência de perturbações na população infantil e juvenil (DGS, 2004). Assim, decorreu o 3º Censo Psiquiátrico que incluiu, pela primeira vez, as consultas e as urgências (além dos internamentos).

As patologias foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (9.^a Revisão) e a distribuição dos diagnósticos foi realizada em função da idade (DGS, 2004).

Este estudo realizado pela Direção Geral de Saúde (2004) revelou que as crianças com menos de quinze anos (907; 5,5%) o diagnóstico mais frequente foi a perturbação de adaptação (121; 13%), seguido dos atrasos mentais (74; 8,2%), das neuroses (71; 7,8%) e de outras psicoses (45; 5,0%) (DGS, 2004).

Na unidade a casuística referente a 2009, a perturbação de adaptação surge também como o diagnóstico mais frequente (informação recolhida pela coordenadora da unidade, pedopsiquiatra).

Ao longo do estágio as problemáticas predominantes abrangeram: perturbações da aprendizagem; perturbações globais do desenvolvimento; perturbações do comportamento; perturbações de humor, outras perturbações da 1^a e 2^a infância.

Tendo em conta que abordar todas estas psicopatologias seria desadequadamente extenso, foram apenas selecionadas as mais relevantes mediante o nosso contacto com as mesmas durante a realização do estágio.

Abordaremos a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, aprofundando, posteriormente, as dificuldades de aprendizagem.

Importa ter em consideração que os quadros nosológicos, por mais rigorosos e completos que pareçam ser, são sempre provisórios, porque se transformam constantemente no decurso da atuação clínica ou terapêutica.

2.2.2.1. Perturbação hiperatividade com défice de atenção (PHDA).

“A hiperatividade das crianças é o grito de alarme para que demos atenção ao que se está a passar com todos nós”.

(Salgueiro, 2004, p.52).

A PHDA é atualmente reconhecida pela comunidade científica como sendo uma perturbação heterogénea, diferenciada pela predominância de problemas de atenção e/ou hiperatividade e impulsividade (Lobo - Antunes, 2009). Esta perturbação não é só uma das mais estudadas, como uma das mais controversas perturbações do desenvolvimento da infância e adolescência. Têm sido considerada como uma perturbação desenvolvimental relevante em termos clínicos e de saúde pública, com tendência a surgir durante a infância e persistir durante a adolescência (Dryer, Kiernan, & Tyson, 2006).

A PHDA é classificada segundo critérios de diagnóstico do DSM-IV, e referenciada a nível mundial pela CID-10, que também forneceu critérios precisos para a sua determinação, de perturbação hipercinética (Tavares & Alarcão, 2005).

Esta perturbação é caracterizada pela associação de sintomas de excesso de atividade motora, défice da atenção e impulsividade, os quais persistem ao longo do tempo. Requer que estejam presentes pelo menos seis sintomas de inatenção, seis ou mais de hiperatividade ou impulsividade, durante pelo menos seis meses e com consequências para o funcionamento da criança em pelo menos dois contextos distintos, como a casa e a escola, ou situações sociais (APA, 2002; Lobo - Antunes, 2009).).

De entre as três características poderá existir a predominância de uma delas em particular, ou podem estar relacionadas, existindo vários tipos de diagnóstico para a PHDA, predominantemente desatento, tipo misto (défice de atenção e impulsividade verbal, motora e social), tipo impulsivo e tipo hiperativo (APA, 2002).

Os sintomas podem, em algum momento, ser observados em qualquer criança, fruto da sua natural irrequietude, o que não significa que ela sofra de qualquer perturbação. A questão diagnóstica fulcral consiste em avaliar se os níveis de atividade, grau de impulsividade e défice de atenção interferem significativamente (ou não) com o desempenho escolar, relações com os pares e funcionamento familiar e se causam grande sofrimento à criança (Marques & Cepêda, 2009).

O quadro pode variar em função da idade e do nível de desenvolvimento, sendo o diagnóstico cauteloso em crianças pequenas.

Na idade pré-escolar, as crianças com esta perturbação diferem das crianças normalmente ativas, pela sua incapacidade total de permanecerem sentadas ou envolvidas em atividades tranquilas (por exemplo, ouvir uma história), apresentando um estado de irrequietude extrema, por vezes associado a comportamentos potencialmente perigosos. Na idade escolar e na adolescência o quadro é semelhante, embora ao longo do tempo a hiperatividade se torne menos intensa e acompanhada de sentimentos de inquietação. O défice de atenção e a impulsividade geralmente mantêm-se (Marques & Cepêda, 2009). Assim as características associadas a PHDA variam dependendo da idade e do estágio de desenvolvimento, e podem incluir: baixa tolerância à frustração, insistência excessiva, labilidade emocional, disforia, rejeição, baixa auto-estima, rendimento escolar afetado e desvalorizado (APA, 2002).

Estudos referem uma prevalência de 5 a 10% da população escolar. No entanto, só um pequeno núcleo é verdadeiramente patológico. É mais frequente no sexo masculino do que no feminino, com uma proporção que oscila entre 2:1 e 9: 1. O tipo predominantemente desatento, isto é, sem agitação motora pronunciada, mais frequente nas raparigas. Na PHDA como em outras patologias, existe perturbações por vezes associadas (co- morbilidade), as mais comuns são: oposição (40%); ansiedade (34%); tiques (11%); depressão (4%); outras, a perturbação da aprendizagem e da comunicação. (Lobo - Antunes, 2009).

Dada a complexidade da PHDA, diversos investigadores (Dallaire & Lafortune, 2008; Lobo - Antunes, 2009; Golse, 2010) procuram compreender as suas origens. A investigação neste campo levou à descoberta de subtipos etiológicos, para a PHDA.

Dallaire e Lafortune (2008) partem da hipótese de um risco de transmissão genética, ao identificar os genes em causa – 5-HTT, DRD-4, DAT-1. Outros investigadores indicam-nos que as pessoas com esta perturbação têm níveis baixos de dopamina, e as técnicas de imagiologia e ressonância magnética referem diferenças subtis a nível cerebral, apontada dificuldade neste neurotransmissor (Lobo - Antunes, 2009).

Numa outra perspetiva, é reforçado os fatores ambientais que se associam aos fatores genéticos, tais como: exposição ao álcool ou tabaco na vida fetal, prematuridade, prevalência mais elevada em pais com PHDA, depressão, perturbação dissocial. Claro como em muitas outras disfunções, as variáveis individuais, genéticas, neuroquímicas e endócrinas, sobressaem as variáveis familiares e sociais (e.g. menor nível educacional,

alta taxa de disfunção familiar de divórcios e separações, mais *stress* e estratégias de *coping* menos adaptadas) (Dryer, Kiernan, & Tyson, 2006).

Golse (2010) resume-nos estas perspetivas baseando-se em 3 hipóteses: exógena (podem ser desencadeados por fatores externos em crianças vulneráveis); os genes da dopamina não se encontram em todas as crianças hiperativas; condições externas (e.g. ambientes de carência), e dois critérios endógenos (pode existir uma origem genética, uma desordem metabólica primária da dopamina); ou uma perturbação da modelação cognitiva da atenção, ou ambas.

A nível da intervenção clínica, a PHDA envolve na maioria das vezes um tratamento global, ou seja, uma combinação de intervenções terapêuticas e farmacológicas. No entanto, a medicação não é útil na melhoria de patologias associadas à PHDA, como a perturbação de oposição e desafio. Contudo, a terapêutica médica mais utilizada em Portugal para tratar o défice de atenção são: o metilfenidato (Rubifen®, a Ritalina LA® e o Concerta®); Atomoxetina (Strattera®) (Lobo-Antunes, 2009).

De acordo com Salgueiro (2004) é escandaloso que se comece a dar Ritalina a crianças irrequietas com menos de três anos de idade, e por consequência, muitas vezes o tratamento com psicoestimulantes surgem organizações depressivas. Assim, a sua utilização deverá ser criteriosa e deverá ser parte integrante de um plano de atuação alargado e transdisciplinar. O fármaco em questão não deverá ser o único recurso a ser utilizado, não devendo substituir, em hipótese alguma, outros tipos de intervenção, com créditos firmados e com menos efeitos deletérios para a criança em desenvolvimento.

A abordagem terapêutica mais abrangente deverá ser de informar sobre as características da perturbação, e promover atitudes parentais (apoio à criança/família; facilitar a atenção; premiar o bom comportamento; a autoridade por parte dos pais deve ser exercida com coerência e sentido de proporção. As técnicas psicoterapêuticas individuais ou de grupo (e.g. psicodrama); psicomotricidade; grupos terapêuticos para os mais novos (terapias com fantoches) podem facilitar o processo terapêutico

Em relação ao prognóstico da PHDA, é variável de acordo com a intensidade dos sintomas e as atitudes do meio (familiar, escolar, social). A associação com perturbações do comportamento, dificuldades na integração com os pares e níveis elevados de hostilidade nas relações intra-familiares determinam um pior prognóstico (Dryer, Kiernan, & Tyson, 2006; Marques & Cepêda, 2009).

2.2.2.2. *Dificuldades de aprendizagem.*

As Dificuldades de Aprendizagem (DA) são outra problemática frequente na unidade, e na maioria das vezes surge associada à PHDA.

O termo DA surge como tradução do termo de *learning disabilities*, com a finalidade de situar esta problemática num contexto educacional, tentando retirar-lhe o estigma clínico que a caracterizava. O conceito de DA surgiu da necessidade de se compreender a razão pela qual um conjunto de alunos, aparentemente “ normais ”, estava constantemente a experimentar insucesso escolar, especialmente em áreas académicas tal como a leitura, a escrita ou o cálculo. Este conceito subentendeu, de imediato, uma dificuldade (inabilidade) para a aprendizagem, numa ou mais áreas académicas, nada condiscente com o potencial intelectual de um aluno, geralmente na média ou acima, entrando em conflito direto com os problemas de aprendizagem generalizados, cujo potencial era bastante abaixo da média (< 70), não apresentando, portanto, DA, mas sim uma outra problemática, comumente designada por deficiência mental. Assim, o aluno com DA tem um potencial para a aprendizagem, sendo este aspeto um fator de grande importância a transmitir-lhe. É por aqui que devemos começar, embora, para que o possamos fazer, seja necessário compreendermos esta problemática tão complexa que leva tantos alunos a debaterem-se em termos académicos e sócio- emocionais (Cruz, 2009).

É pertinente que conceptualizemos as DA, no sentido de contribuir para um consenso e medidas educativas adequadas. Salientamos a definição elaborada pela Nacional Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) que ao longo dos anos têm inferido diversas etiologias, sintomas e especificidades das DA.

Atualmente, NJCLD (2006, p. 1) define as DA, da seguinte forma:

As a heterogeneous group of disorders of presumed neurological origin manifested differently and to varying degrees during the life span of an individual. (...). Various manifestations of LD may be seen at different ages and as a result of varying learning demands. Early indicators that a child may have LD include delays in speech and language development, motor coordination, perception, reasoning, social interaction, prerequisites to academic achievement and other areas relevant to meeting educational goals. These indicators may occur concomitantly with problems in self-regulation, attention, or social interaction.

É notório, na referida definição, que as DA têm uma origem neurológica, onde os distúrbios de desenvolvimento podem ser vistos como resultado das diferentes aprendizagens adquiridas. Problemas nos comportamentos de auto-regulação, percepção social e interação social podem existir, mas não constituem uma DA (NJCLD, 2006).

Em relação a estes critérios, existe pela parte de alguns investigadores uma postura crítica, quantos aos fatores ou causas das DA (Correia, 2004; Learner, 2003).

A título de exemplo, uma criança pode ter uma perturbação emocional, devida a fatores ambientais, e, apresentar também DA, tornando-se difícil determinar, se uma DA coexiste com outra dificuldade. O mesmo se poderá passar ao nível das “oportunidades educativas”, a insuficiente preparação dos professores em metodologias adequadas ou a compreensão dos estádios de desenvolvimento, podem determinar DA (Correia, 2004). Dados estes critérios que revestem as DA, consideramos essencial trazer alguma luz a esta problemática, que nem sempre é entendida com clareza dada a sua complexidade, existindo vários termos para a sua classificação.

A organização mundial de Saúde (OMS) utiliza o termo, perturbações específicas do desenvolvimento (CID-10, 1993), e enfatiza a primazia dos fatores biológicos, que interagem com os fatores não biológicos para o surgimento das dificuldades.

Já a nível do DSM-IV, é utilizado o termo, perturbação de aprendizagem (APA, 2002), ou seja, perturbações que se refletem em áreas específicas (leitura, escrita, cálculo ou mista), ainda que afetem significativamente o desenvolvimento.

Outros autores referem que as DA estão relacionadas a fatores individuais, culturais e sócio – familiares. Embora as DA não sejam na realidade psiquiátricas, elas são muitas vezes enviadas aos serviços de psiquiatria infantil devido a outros problemas associados, de natureza emocional ou comportamental, que se estendem a outros contextos não apenas os escolares. Muitas vezes aparecem famílias em contexto de consulta, em que o que as une é unicamente o problema do filho/a, resolvido deixará a descoberto um outro, porventura mais difícil de encarar (Marques & Cepêda 2009).

Ao longo do processo é fundamental abordagem multidisciplinar, ou seja, ter uma parceria com as escolas, e com os profissionais que trabalhem com a criança, bem como fornecer ferramentas à família para que se sinta integrada no processo intervenção.

O processo pode implicar a recolha de informação sobre a criança, observação, a aplicação de provas de avaliação e levantamento de informação junto de fontes próximas da criança, relevantes no contexto familiar e escolar (Houver & Patton, 2005).

A avaliação psicológica pode consistir na aplicação por parte de um psicólogo, de uma escala individual de inteligência (e.g. Escala de Inteligência de Wechsler), e deve incluir um despiste de problemas emocionais, por intermédio de outros instrumentos (entrevista, observação direta, testes de avaliação psicológica de cariz emocional, projetivos ou de personalidade) (Correia, 2004; Cruz, 2009).

Como corolário final, gostaríamos de salientar que não podemos identificar as DA como um diagnóstico, mas sim como um processo de despistagem e de rastreio, visando uma intervenção psicológica e pedagógica adequada, com o objetivo de transformar o processo ensino/aprendizagem em sucesso, e não em dificuldades, visando a intervenção no enriquecimento das áreas fortes e não no confronto desencorajador das áreas fracas. Seguindo esta perspetiva, podemos extrair diretrizes muito úteis, uma vez que podemos evidenciar que nem todas as crianças apresentam problemas com a mesma gravidade e extensão, tendo, portanto, possibilidades e oportunidades distintas de os ultrapassar (Cruz, 2009; Lerner, 2003, Houver & Patton, 2005).

2.3. Avaliação e Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes

Diversos estudos mostram que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado (Angold et al.1998; Costello et al., 1996; Zwaanswijk et al., 2003, citados em CNRSSM, 2007, p.42). Sendo, necessário o empenho de todos os sectores da sociedade, começando pela área da saúde, mas passando também pela educação, a segurança social, a justiça, as autarquias e as organizações não-governamentais, no desenvolvimento de parcerias e de ações de promoção e prevenção, aos diversos níveis da saúde mental (DGS, 2004).

A prestação de serviços na área da saúde mental da infância e da adolescência devem permitir: cuidados de saúde primários; serviços especializados a nível local, e regional. Em Portugal existem atualmente: três departamentos estatais (Lisboa, Porto, Coimbra), que incluem atividades de consulta externa, hospital de dia, serviço de urgência e pedopsiquiatria de ligação. Apenas dois deles (Lisboa e Porto) possuem unidades de internamento (DGS, 2004).

No presente estágio, a prestação de serviços é realizada numa instituição pública que efetua a assistência apenas em regime ambulatorio. Deste modo, quando uma criança necessita de internamento na área da saúde mental infantil e juvenil, é reencaminhada para uma outra equipa na região de Lisboa.

Seguidamente abordaremos a intervenção da psicologia clínica em contexto hospitalar. Posteriormente e, tendo como alicerces esta informação, segue-se a exposição da metodologia utilizada no local de estágio, a entrevista clínica, a avaliação e acompanhamento psicológico com as crianças em regime ambulatorio.

2.3.1. Psicologia clínica.

O contexto do estágio diz respeito à Psicologia da Saúde na área Infantil (PSI), que se designa como uma área de investigação e intervenção relacionada com os aspetos psicológicos da saúde e das doenças das crianças, em que a abordagem desenvolvimentista e o papel da família assumem particular importância (Barros, 2007).

Trata-se, a nosso ver, de expressão mais adequada do que psicologia pediátrica, na medida em que esta última não só subordina a delimitação do campo da investigação e da intervenção da psicologia a uma especialidade médica (o que não contribui para a clara delimitação entre psicologia e medicina que é desejável acentuar). Começamos então, por situar a psicologia pediátrica como psicologia da saúde e, se compararmos com o que se passa entre a medicina e a pediatria, poderemos dizer que a psicologia pediátrica é uma psicologia geral da saúde de um grupo etário (Teixeira, 2007).

Em relação à PSI realçamos alguns fatores que nos parecem determinantes: o contexto e objetivo. O contexto de intervenção é o dos serviços médicos de saúde infantil, a atenção recai naturalmente na criança e no ambiente sócio-afetivo envolvente. Quanto aos objetivos, nem sempre consistem em intervir na criança doente e família, pois um domínio ainda pouco explorado, mas, quanto a nós, fundamental e promissor é o da criança saudável em risco, ou seja, o objetivo situa-se no domínio da prevenção, e especialmente nos níveis primário e secundário (Barros, 2007).

O psicólogo da saúde na área infantil pediátrica e o psicólogo clínico distinguem-se fundamentalmente pelas características da situação em que exerce, que determinam papéis diferenciados. Em qualquer serviço hospitalar de crianças podemos encontrar os seguintes contextos: internamento, urgência e consulta externa.

No primeiro, o objetivo é fornecer apoio médico diferenciado a tempo inteiro, cuidados intensivos e os cuidados aos doentes crónicos e agudos. A forma como este sector é organizado depende de diversos fatores, entre eles o tipo e gravidade das patologias, o que implica cuidados diferenciados. A maneira como o psicólogo se insere nestes ambientes pode ir desde a organização de um serviço de psicologia, onde o psicólogo estará disponível para fornecer serviços solicitados, até à sua integração em uma ou mais equipas multidisciplinares vocacionadas para patologias específicas. Pelo multifacetado das situações problema, existe a necessidade de cooperação estreita entre técnicos de formação básica distinta, como, pedopsiquiatras, pediatras, terapeutas da fala, entre outros, podendo, assim, as problemáticas serem pensadas multidisciplinarmente, completando-se mutuamente em termos de diagnóstico e terapêutica (Ribeiro, 2007).

A integração dos psicólogos no contexto da saúde em geral (serviços hospitalares, centros de saúde) é muitíssimo recente e conta com um passado de apenas cerca de três décadas (Navelet & Guérin-Carnelle, 2002). Neste sentido, podemos afirmar ser tradicional a intervenção psicológica na saúde mental. Referimo-nos, como é óbvio, ao modelo de intervenção clínico, a Psicologia Clínica (PC).

A PC assenta essencialmente no uso do método clínico, ou seja, no estudo aprofundado de casos individuais, de forma a compreender a pessoa no seu todo e na sua singularidade. Recorre a técnicas, tais como: a recolha de dados, a observação, a entrevista clínica, a análise das informações verbais e as não-verbais, permitindo o elaborar de hipóteses clínicas, e concluir a respetiva intervenção psicológica, tradicionalmente individual. (Hogan, 2006; Hunley, 2002). Este estilo metodológico confere à PC um carácter científico, devido ao recurso à objetividade, através da aplicação de testes e de uma observação clínica de sintomas. Contudo, vai para além do que é objetivo, usufruindo da subjetividade, onde a intuição e a compreensão ganham importância. Tornando-a, uma disciplina de saber holístico, que só é acedida através de uma atividade constante num tempo e espaço singulares, invés de uma captação clínica dos sintomas no instante, próprias da prática médica (Cassidy & Shaver, 2008).

Na intervenção psicológica, a entrevista clínica é um dos instrumentos privilegiados do método clínico, e permite aceder a informações subjetivas (história de vida; emoções; experiências), e pode ser realizada em diversos contextos respondendo a objetivos diferenciados, diagnóstico, terapia e investigação (Leal, 2008).

2.3.2. Entrevista clínica.

Na prática da clínica infantil existem várias formas de entrevista: a entrevista livre, não – estruturada (orientada para a vivência subjetiva do sujeito, o psicólogo adota uma atitude não - diretiva); a entrevista semi-estruturada (favorece a expressão pessoal, mas é combinada com aprofundamento temático, e o psicólogo segue um guia de referência); a entrevista estruturada, utilizada em investigação (Leal, 2008).

No local de estágio utiliza-se a entrevista semi-estruturada onde se elabora a história pessoal (anamnese, fornecida pelos pais), que inclui a história clínica, a história sócio-familiar, biografia e os marcos de desenvolvimento da criança, essencialmente orientada para os dados a valorizar, clinicamente para a compreensão do caso. É importante construir um genograma, mesmo resumido, focando principalmente o núcleo familiar atual. Descrição do contexto familiar na altura do nascimento, as condições socio-culturais, e o clima das relações familiares.

A entrevista com crianças inicia-se com os pais, que explicam as suas preocupações, posteriormente faz-se a entrevista com a criança. A consulta com os pais compõe-se de vários momentos: primeiro referente à situação atual do filho, a qual motivou a consulta, depois a história dele, e, terceiro a história familiar e dos pais. No final uma entrevista conjunta com a criança e os pais, no sentido de devolver aos pais o que foi observado e concluído e que intervenção se considera mais adequada.

A história clínica é assim um instrumento que requer toda mestria por parte do psicólogo, deve ser muito cuidada e minuciosamente elaborada, pois é a primeira recolha de dados de todo o processo psicológico (Braaten, 2007).

Uma das possíveis intervenções decorrentes da entrevista clínica é a avaliação psicológica, um processo específico e exclusivo do psicólogo.

2.3.3. Avaliação psicológica.

A Avaliação Psicológica (AP) tem como objetivo principal recolher informação inacessível durante a entrevista, proporcionar resultados validos e objetivos e enriquecer a compreensão clínica.

A observação clínica é uma das principais técnicas utilizadas no processo de AP, que nos permite recolher aspetos significativos do comportamento, e relacionais inseridos na história de vida do sujeito e no contexto de observação (Hogan, 2006).

Na observação clínica com criança, existem três modalidades, inseridas em quatro momentos sequenciais: observação livre/ entrevista clínica, não estruturada, sem introdução de material; observação, com introdução de material lúdico, expressivo – plástico (jogo lúdico/desenho); observação padronizada, com introdução de testes, para aprofundar, complementar, quantificar e precisar dados das observações anteriores).

A AP corresponde, a um processo compreensivo que abrange áreas relacionadas com o pedido/objetivo da avaliação e os problemas identificados. Concretiza-se através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objetivas de informação, salvaguardando o respeito pela privacidade da pessoa (Hunsley, 2002).

De uma forma geral implica a administração de uma bateria de testes e o cruzamento de dados obtidos da história clínica e pessoal, visando compreender a pessoa que está a ser avaliada. Contudo, não pode ser, concebida como uma abordagem isolada, tem que ser integrado sob uma visão mais global, onde o psicólogo pode fornecer dados fundamentais que serão confrontados com os outros especialistas para, juntamente com os que mais lidam com a criança, obterem uma maior compreensão do funcionamento humano em geral e da criança em particular (Braaten, 2007; Hunsley, 2002).

Dentro do processo de AP é possível utilizar uma variada gama de testes. Todavia, não existe um modo que seja adotado por unanimidade. Diferentes critérios podem ser adotados. O que será feito a seguir é definir cada uma dessas características, integrando-as em uma única classificação. De acordo com o método, os testes dividem-se em psicométricos e projetivos (Carr, 2006; Cassidy & Shaver, 2008).

Estas principais técnicas instrumentais de avaliação podem descrever as aptidões e funções (e.g. a coordenação das funções visuais e motoras, concentração, linguagem, representação espacial, percepção, aptidões intelectuais) de uma determinada criança.

A aplicação dos testes ou técnicas podem variar entre dois a cinco ou mais instrumentos, incluídos no processo de avaliação que permitam confirmar ou infirmar as hipóteses psicodiagnósticas iniciais (Hunsley, 2002).

O psicólogo deverá concentrar-se num número reduzido de instrumentos, compreender e explicar os resultados do teste, conhecer o modo como ele é aplicado, compreender o modo como a criança se comporta, saber cotar o teste, interpretar e reportar os resultados, e os procedimentos éticos inerentes, entre outros (Carr, 2006).

Por último, os relatórios de AP devem ir ao encontro dos pedidos, a quem efetuou o pedido, e conter sugestões de intervenção e encaminhamento considerados imprescindíveis para ajudar a criança nas suas dificuldades e/ou fomentar o desenvolvimento das competências apuradas (Carr, 2006; Hogan, 2006).

Em relação à AP na 1ª infância e infância precoce, a intervenção terapêutica deve integrar estudos sobre interação, competências e padrões de vinculação, na sua relação com as dificuldades e/ou perturbações, empregando uma classificação diagnóstica com uma nosografia específica (e.g. DC-03 R).

A avaliação é baseada ao nível do desenvolvimento da criança, onde são aplicadas escalas de desenvolvimento (e.g. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths e Baby Bender) e outros instrumentos de avaliação (e.g. jogo lúdico, desenho).

Para além dos resultados quantitativos isolados, a finalidade da avaliação do desenvolvimento, é conseguir uma melhor compreensão da forma como a criança e os pais interagem um com o outro e com o psicólogo. A avaliação do desenvolvimento fornece uma descrição das capacidades funcionais da criança (capacidades regulatórias; tolerância à frustração; controlo dos impulsos; comportamentos particulares), e da relação entre os vários domínios do desenvolvimento. Permite avaliar a identidade pessoal e competência social; a comunicação e linguagem (recetiva, expressiva e articulação); desenvolvimento motor (motricidade fina e coordenação olho-mão, controlo motor e locomoção); resolução cognitiva de problemas; adaptação e autonomia (Griffiths, 2004).

2.3.4. Acompanhamento psicológico.

Em relação ao acompanhamento psicológico cruzámo-nos com diferentes orientações teóricas O contacto com as diferentes escolas de compreensão do ser humano e respetiva intervenção, revelou-se, por um lado, enriquecedor, mas por outro faz emergir a necessidade de uma revisão teórica fundamental à integração no local de estágio. Nesta linha de pensamento, queremos fazer transparecer ao leitor que o estágio exigiu a observação de um modelo psicodinâmico, em confronto com uma abordagem distinta do modelo desenvolvido ao longo do percurso académico, modelo humanista. Deste modo, elegemos este modelo, e de um modo mais específico, a terapia centrada no cliente de Carl Rogers. Por se tratar de crianças, procurou-se também as contribuições da ludoterapia centrada na criança, desenvolvida por Virgínia Axline.

2.3.4.1. Ludoterapia centrada na criança.

A Ludoterapia Centrada na Criança (LCC) prosseguiu seu desenvolvimento, em termos de suas próprias experiências. Considerando a influência de Carl Rogers na psicologia infantil, principalmente através dos trabalhos realizados pela psicoterapeuta Axline (1972/1947), entende-se ser pertinente retomar alguns conceitos principais. Esta autora afirma que parece haver uma força poderosa dentro de cada indivíduo, que luta continuamente para uma completa auto-realização, conceito apontado por Rogers como tendência atualizante. Essa força pode ser caracterizada como uma corrida para a maturidade, independência e auto-direção (Axline, 1972/1947).

A LCC, encontra sustentação na crença de que, tal como os adultos, também as crianças possuem no seu interior a capacidade para atribuírem significado às suas experiências e para resolverem os seus problemas (Bratton, Ray, Edwards & Landreth, 2009). Como refere Nunes (1999, p.61) prestar ajuda não significa dar soluções ou indicar estratégias já elaboradas por parte do técnico.

Significa sim, criar condições relacionais, que permitam ao Outro, descobrir o caminho que, em sintonia com a sua subjetividade, lhe permita ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as suas dificuldades ou problemas (...). Não é um diálogo de troca de impressões em que cada um expressa os seus pontos de vista, mas, sim, um diálogo no qual o recetor está dentro no quadro de referências interno do emissor, tentando descodificar a realidade como o outro a descodifica. Esta mensagem é expressa ao emissor com o objetivo de confirmar se a sua compreensão é exata.

No âmbito deste processo terapêutico, significa sentir as magoas e alegrias da criança como ela própria as sente e perceber as suas causas como ela própria as percebe sem, contudo, perder a noção do que é, como se, estivéssemos magoados ou alegres, e assim por diante (Rogers, 1977, cit. por Guimarães-Lopes, 1993). A ênfase, portanto, recai sobre o carácter ontológico da relação, em que as atitudes serão mais importantes do que a técnica e os sentimentos mais valorizados do que o intelecto.

Entretanto, quando esse encontro existencial acontece entre terapeuta e uma criança é conveniente destacar a importância da técnica como recurso intermediário, a fim de favorecer uma melhor comunicação com a criança e, para isso, é preciso encontrar uma linguagem comum, o jogo (Pearce, 2011). Assim, parece lógico que seja ne-

cessária uma infinidade de brinquedos, semelhante a uma multidão de palavras (Roger et. al., 2012). Pois é através do brincar que as crianças manifestam as suas emoções tais como o medo, a ansiedade, permitindo-lhes distanciarem-se de experiências traumáticas que tenham sido considerados dolorosos para lidar diretamente (Landreth, 2012).

Em relação ao material lúdico, deve representar os objetos do mundo real, e ser adequado às diferentes idades, sexo e interesse, e deve estar acessível, de modo a que a criança possa escolher os brinquedos que quer utilizar. Alguns estudos demonstram que os brinquedos devem englobar algumas categorias: educação, família, comportamento agressivo, fantasia e expressividade de materiais (Ray et al., 2013).

Nas sessões devemos ter disponibilidade não só para escutar a criança na sua resposta verbal, mas também vulnerabilidade e flexibilidade física. Para que isso aconteça, devemos utilizar o nosso corpo como instrumento terapêutico, de forma a acompanhar a criança nas suas experiências lúdicas em consulta (Rogers, 2005/1942).

Na LCC Axline (1972/1947) estabelece oito princípios que ajudam a orientar o terapeuta na experiência com a criança. Esses princípios são demonstrados através da relação que se estabelece entre a criança e o terapeuta, tratando -se mais de uma ética profissional e de relacionamento do que especificamente de uma técnica. 1) Relacionamento. O terapeuta deve desenvolver um amistoso *rappor*t; 2) Aceitação. Cabe ao terapeuta aceitar a criança exatamente como ela é; 3) Permissão. O terapeuta deve estabelecer uma sensação de permissividade no relacionamento, deixando a criança expressar os seus sentimentos livremente; 4) Reflexo de sentimentos. O terapeuta deve estar sempre alerta para identificar os sentimentos expressos pela criança, abster-se de interpretar o comportamento simbólico da criança e deve apenas refletir os sentimentos, utilizando os mesmos símbolos usados pela criança; 5) Consideração positiva. O terapeuta mantém profundo respeito pela capacidade da criança em resolver seus próprios problemas; 6) Não diretividade. O terapeuta não dirige ações ou conversas da criança; 7) respeito pelo ritmo da criança. O terapeuta deve respeitar o ritmo da criança, sem tentar apressar ou atrasar algum aspeto do processo terapêutico; 8) Limitações. Estabelecer somente as limitações necessárias para fundamentar a terapia no mundo da realidade e fazer com que a criança esteja consciente de sua responsabilidade no relacionamento. Não conferir à criança, limitações baseadas nas ansiedades do terapeuta, ou fundamentadas por familiares. Por exemplo, se uma criança foi encaminhada em virtude de agressividade, são

dispensados comentários do tipo “ aqui não se pode bater em ninguém ”. O psicólogo apenas assegura os limites necessários para que ela tome consciência da sua responsabilidade no relacionamento. Numa relação autêntica, congruente, que obedece aos critérios citados anteriormente, é muito mais valiosa que uma postura técnica e artificial, pois a pura neutralidade não existe e a tentativa constante dessa busca, poderá trazer pouca espontaneidade na relação com um ser que, a princípio, deveria ser naturalmente espontâneo (Robinson, 2011; Rogers, 2005/1942). Uma relação única de liberdade emocional dentro de um quadro de referência bem definido, o cliente é livre para reconhecer e compreender os seus impulsos, modelos de conduta, positivos ou negativos, o que não se verifica em nenhuma outra relação (Rogers, 1999/1942).

Diante destas questões, é preciso estar muito atento e consciente, e não dar sugestões. Atesta-se plenamente o que enfatiza Axline quanto à não – diretividade dos conteúdos manifestos e quanto à importância de não interpretar os símbolos pelos quais a criança comunica. O terapeuta deve respeitar a comunicação simbólica, isto é respeitar as fases do seu desenvolvimento psicológico (Axline, 1972/1947).

O papel do psicólogo não é o de educar e nem se pretende aqui passar a ideia de que é preciso ser benevolente ou muito menos ter pena da criança. Acredita-se sim, que a criança tem recursos internos para superar os seus problemas (Rogers, 2005/1942). O psicólogo é um profissional ao lidar com a criança, respeita os seus compromissos para com ela com toda a pontualidade como atenderia ao tratar-se de um adulto. Como profissional, estabelece com a criança o contrato terapêutico em que lhe dá autonomia, garantia de confidencialidade e estabelece o limite de tempo da sessão. As confidências da criança são objeto de sigilo, o psicólogo não deve revelar aos pais nem aos professores a confidência da criança sem a sua autorização, através destas atitudes, entre outras, vai-se dizendo à criança que é uma pessoa digna de respeito. Quando a criança atinge uma certa estabilidade emocional, percebe a sua capacidade para se realizar como um indivíduo, pensar por si mesma, tornar-se psicologicamente mais madura e, assim, “ tornar-se pessoa ” (Rogers, 2009/1961).

O terapeuta deve gostar de crianças e conhece-las realmente, é importante ter algumas experiências pessoais fora da sessão terapêutica, de forma a entender realmente o seu mundo. O controlo proveniente do desenvolvimento do respeito mútuo parece levar a boas atitudes mentais bem mais depressa do que qualquer outro método de controlo.

Um número substancial de investigação teórica e empírica evidencia a relação terapêutica como uma componente de sucesso na terapia (Bratton, Landreth & Lin, 2010; Goldfried & Davilla, 2005; Norcross, 2010).

De acordo com pesquisas americanas, realizadas por membros da *American Counseling Association* e da *Association Play Therapy*, a LCC foi a abordagem teórica específica mais utilizada entre os terapeutas que usam a terapia do jogo.

Embora LCC tenha sido usado desde a década de 1940, os críticos têm questionado sua evidência empírica e o seu lugar no campo da psicoterapia infantil (Bratton et al., 2005). Todavia, na presente década Baggerly, Ray, & Bratton, (2010) realizaram uma meta-análise em que os resultados evidenciaram que crianças que receberam intervenções baseadas na LCC melhoraram após o tratamento em relação a outras modalidades de acompanhamento psicológico.

Além disso, esta análise forneceu evidência empírica para profissionais de saúde mental em aplicar intervenções baseadas na terapia centrada no cliente, quando se trabalha com crianças. Outros investigadores referem outros dados importantes (Schottelkorb, Swan, Garcia, Gale & Bradley, 2014, p.7) incluindo uma meta-análise de 93 estudos (Bratton et al., 2005), que determinam a LCC como modelo de intervenção terapêutica eficaz para melhorar o desempenho escolar (Blanco, Ray & Holliman, 2012), para diminuir o déficit de atenção/hiperatividade para diminuir os sintomas de trauma (Schottelkorb, Dumas, & Garcia, 2012), melhorar os comportamentos externalizantes, a agressividade e problemas de conduta (Bratton et al., 2013; Ray, Blanco, Sullivan & Holliman, 2009), e dificuldades de aprendizagem (Ray, 2007).

Na LCC quando os terapeutas utilizam as chamadas *core conditions*, (a aceitação positiva incondicional, a compreensão empática e a congruência), são as condições essenciais para que ocorra mudanças na terapia (Lambert et al., 2005).

Por último gostaríamos de salientar que a LCC, comumente referida na América do Norte como *Child-Centered Play Therapy* (CCPT), continua a ser desenvolvida e popularizada por outros autores inclui-se Guerney (2001), e Landreth (2012).

Após a exposição do enquadramento científico e bibliográfico que contextualizou todo o trabalho a desenvolver, apresentamos em seguida, a terceira parte do presente relatório que remete para os conteúdos práticos do estágio, para todas as atividades realizadas a nível formativo (trabalho indireto) e assistencial (trabalho direto).

PARTE III
PRÁTICA DO ESTÁGIO

III – Prática do Estágio

De acordo com os objetivos do estágio acadêmico, foram concretizadas diversas atividades ao longo dos catorze meses de estágio, que perfizeram um total de 617 horas.

O primeiro mês contemplou um período de observação e integração na instituição, no qual se privilegiou o contato e familiarização com o seu funcionamento e dinâmica interna, o conhecimento dos níveis e dos princípios de atuação do serviço e da equipe técnica da USMIJ. Com o decorrer do estágio foram planejadas diversas atividades, formativas e assistenciais que nos foram atribuídas. A nível formativo incluía a colaboração e participação nas diferentes reuniões desenvolvidas pela USMIJ. A nível assistencial, a supervisora, que acompanhou e orientou consistentemente o trabalho a desenvolver, propôs que num primeiro momento fosse levado a cabo a observação de consultas e sessões de acompanhamento psicológico individual dos seus casos, para posteriormente ser realizado por nós de forma autónoma.

3.1. Atividades Realizadas no Âmbito do Estágio

Para uma compreensão rápida e acessível da nossa intervenção, apresentamos (Tabela 4) a síntese das atividades por nós desenvolvidas no âmbito do estágio, que permitiram pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante a formação académica.

Tabela 4.

Cronograma de estágio – Atividades Formativas e Assistenciais.

	Atividades	Tipo de Intervenção	Mês de Realização	Nº Horas
FORMATIVAS	Reunião Leitura	Indireta	Janeiro a Junho	108
	Reunião Conjunta	Indireta	Janeiro a Junho	79
	Reunião Clínica	Indireta	Fevereiro a Junho	86
	Reunião Supervisão	Indireta	Março a Junho	45
	Reuniões Diárias	Indireta	Janeiro a Junho	55
ASSISTENCIAIS	Consulta Triagem	Direta	Novembro a Julho	18
	Reunião Triagem	Indireta	Novembro a Julho	55
	Acompanhamento Psicológico	Direta	Janeiro a Dezembro	87
	CMFLP	Indireta	Dezembro a Julho	28
	Avaliação Psicológica	Direta	Novembro a Junho	56
Duração do Estágio: 14 Meses		1º Semestre: 322 horas	2º Semestre: 295 horas	Total: 617 h.

3.1.1. Atividades formativas.

A nível formativo procurámos a integração na unidade, promovendo um progressivo saber envolvendo-o tanto com a pessoa na sua dimensão saúde/doença, como com os outros profissionais de saúde.

Numa fase inicial contactámos com processos de acompanhamento de consultas de avaliação de crianças com Fendas Lábio – Palatina (FLP), onde auxiliámos na investigação, através da recolha de dados e respetiva inserção, relacionado com o impacto das FLP no desenvolvimento psicológico da criança.

Posteriormente, realizámos reuniões de carácter formativo, semanais, de equipa desenvolvidas no serviço. As reuniões servem o objetivo de discutir casos, fenómenos e situações conjuntamente, contribuindo para a reflexão, análise clínica e melhor prestação de serviços, assim como o desenvolvimento de competências interpares e desenvolvimento e atualização do conhecimento entre os diversos membros da equipa.

A tabela 5 ilustra a nossa participação mais ativa nas referidas reuniões, que aprofundaremos em maior detalhe de seguida.

Tabela 5.

Atividades Formativas

Atividades Formativas	Trabalho Indirecto	Autores	Data 2010
Reunião Clínica	Apresentação de dois casos Acompanhamento psicológico:	Caso R Caso N	17 Maio 28 Junho
Reunião Leitura	Apresentação 3 Artigos científicos	Mukolo, 2010. Hall, Kaduson, & Schaefer, 2002. Machado, Veríssimo, Torres, Peceguina, Santos, & Rolão, 2008.	9 Março 25 Maio 15 Junho
Reunião Conjunta	Apresentação de um trabalho, Baseado 4 artigos científicos.	Thiedke, 2001 Salavesa & Vilariça, 2009 Mendes, Fernandes, Garcia, 2004 Klein & Gonçalves, 2008	19 Maio
Reunião Supervisão	Apresentação de casos	Caso R	12 Março a 26 Junho

A nível das atividades formativas, existiu ainda a oportunidade de participar nas reuniões diárias realizadas pela unidade dos cuidados intensivos pediátricos. Sempre que possível, assistíamos aos casos discutidos por toda a equipa técnica, constituída por médicos, pediatras, psicólogos e enfermeiros.

3.1.1.1. Reunião leitura.

A reunião de leitura foi a primeira atividade formativa em que participámos mais ativamente expondo e discutindo um artigo científico. Realiza-se semanalmente, e corresponde a um momento de reflexão, de enriquecimento científico e formação interna, dinamizadas pelos estagiários de psicologia. Os temas discutidos são de interesse geral e específico (e.g. artigos científicos, revisões de literatura, trabalhos de investigação), relacionados com a teoria e prática da saúde mental infantil e juvenil.

Nesta reunião apresentámos três artigos científicos relacionados com área da saúde mental infantil e juvenil, em três datas distintas (Ver Tabela 3).

O primeiro artigo intitulado: “*The stigma of childhood mental disorders: A conceptual Framework*” (Anexo A) foi baseado numa revisão actual de 145 artigos da PsychInfo e 77 artigos da Medline. Esta apresentação teve como objetivo descrever o estado da literatura, sobre o estigma associado a crianças com problemas na área da saúde mental infantil, que comparado com os adultos, estão sujeitas a vários contextos estigmatizantes, incluindo instituições, família e serviços (Mukolo, 2010).

O segundo artigo intitulado: “*Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares*” (Machado et al., 2008), sublinhou a importância do desenvolvimento emocional na promoção do sucesso académico, bem como sua centralidade para o desenvolvimento da capacidade da criança interagir e formar relações positivas com os outros (Anexo A).

O terceiro artigo intitulado: “*Fifteen Effective Play Therapy Techniques*” descreveu clinicamente quinze técnicas uteis na ludoterapia (Anexo A).

A seleção das técnicas para a apresentação deste trabalho foi guiada por três critérios principais: (a) incluir uma ampla variedade de abordagens (e.g. sensório-motora, arte, fantasia); (b) centrar-se sobre as técnicas adequadas para crianças três-doze anos; (c) apresentar técnicas agradáveis, baratas e fáceis de realizar. O objetivo das técnicas apresentadas foi no sentido de ajudar as crianças a expressar as suas emoções, uma

abordagem onde pudessem desenvolver as suas capacidades necessárias para articular os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (Hall, Kaduson & Shaeffer, 2002).

Esta reunião reforçou essencialmente o papel formativo que, intrinsecamente, está associado a qualquer estágio, e ajudou, a assimilar e aprofundar os diversos conhecimentos teóricos e práticos necessários à boa prática profissional na área da saúde mental infantil e juvenil, tendo sido um importante complemento de todo o processo de aprendizagem de que o estágio esteve imbuído.

Indubitavelmente que numa fase de aprendizagem e de aquisição de conhecimentos e competências, uma formação competente e metodológica é crucial.

Nesta reunião procurámos realizar uma revisão de literatura aprofundada, baseada em artigos científicos atuais e internacionais, que para além de possibilitar a partilha e a troca de experiências, atitudes e opções técnicas, fomentaram uma capacidade crítica e reflexiva conduzindo as nossas próprias questões.

Os trabalhos desenvolvidos surgem em conformidade com a orientadora de estágio, sendo a formação ministrada autonomamente por nós. Concomitantemente, os conteúdos das temáticas apresentadas tiveram em conta a originalidade de forma a solidificar a nossa competência enquanto técnicos especializados. Ao longo das apresentações a pertinência dos trabalhos foi reconhecida, pela equipa técnica, aspeto que consideramos fundamental na sua realização.

3.1.1.2. Reunião conjunta.

As reuniões conjuntas realizam-se semanalmente, na presença dos técnicos e estagiários das duas unidades (USMIJ e a Unidade de Desenvolvimento), e constituem um espaço de reforço da prática clínica articulada entre a saúde mental infantil e desenvolvimento. Os temas discutidos são de interesse científico e/ou clínico, e são apresentados de forma alternada pelas duas unidades.

Coube-nos apresentar um trabalho intitulado “ *Sleep disorders and sleep problems in childhood*” (Thiedke, 2001), no qual contou com um enquadramento teórico-prático das duas especialidades (saúde mental e desenvolvimento), seguido de uma reflexão acerca da temática apresentada (Anexo B).

Este trabalho contou com uma revisão literária baseada em quatro artigos científicos: “ Problemas de sono idade pediátrica ” (Salavesa & Vilariça, 2009); “ Hábitos e

perturbações do sono em crianças em idade escolar ” (Mendes, et al., 2004); “Problemas de sono - vigília em crianças: estudo da prevalência ” (Klein & Gonçalves, 2008).

Na apresentação, descrevemos a fisiologia do sono; as mudanças de hora de sono, diurno e noturno com o aumento da idade; a definição das várias perturbações do sono; as perturbações pedopsiquiátricas associadas; a intervenção clínica mais adequada, a investigação e prevenção.

Após reflexão conjunta, concluímos que o sono e/ou problemas do sono não são aprofundados (anamnese) de um modo sistemático nas consultas de saúde infantil, e são frequentemente desvalorizados ou erroneamente diagnosticados. Traduzindo - se muitas vezes num uso abusivo de fármacos em idades pediátricas. Na presença de problemas do sono, torna-se importante reconhecer se a situação é transitória, ligada a uma fase de desenvolvimento, se é uma perturbação de sono *per si* ou se existe uma doença orgânica ou psiquiátrica subjacente ao problema (Mendes, et al., 2004). Se causam morbilidade substancial na criança, nomeadamente, consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão (Salavesa & Vilariça, 2009).

Outro aspeto, igualmente importante no trabalho apresentado, foi de transmitir o cariz preventivo. Desta forma, ao alertarmos e informarmos os profissionais de saúde, estamos a facilitar a prevenção e a identificação do diagnóstico e possibilitamos o encaminhamento para uma avaliação clínica mais adequada (Klein e Gonçalves, 2008).

Ao longo do estágio foram apresentadas varias temáticas, nesta reunião, pelas duas unidades: A cólica infantil; a depressão; as perturbações da ansiedade; a perturbação bipolar pediátrica (critério diferencial da PHDA); a intervenção familiar em crianças com perturbações do comportamento, síndrome de tourette, entre outras.

As reuniões desenvolvidas possibilitaram o contacto pontual com outros técnicos de áreas distintas (pediatria do desenvolvimento, pedopsiquiatria, psicologia educacional), e permitiram refletir sobre as diferentes intervenções clínicas, bem como o acesso a terminologias, sobretudo médicas, que incitaram a pesquisas e, portanto, ao desenvolvimento da nossa formação pessoal e profissional.

A sua estrutura e funcionamento promoveram ao máximo uma competência reflexiva multidisciplinar, ao possibilitar a discussão semanal de várias problemáticas (psicopatologias), por meio da partilha de saberes técnicos, das diferentes conceções e

perspetivas teóricas e dos paralelismos entre as duas unidades (desenvolvimento e saúde mental). Além disso, desenvolveu a capacidade de uma intervenção especializada, bem como suscitou a descoberta de novas práticas e opções técnicas.

A intervenção não se esgotou, porém, na psicologia clínica, ampliando-se a todo o envolvimento, quer na relação com outros profissionais, quer com o envolvimento contextual de cada criança, implicando muitas vezes a articulação com a família, a escola, etc. Preconizou-se um modelo de intervenção integrado que, para além de ser mais eficiente em termos de resultados, ofereceu uma panóplia diversificada de experiências a nível pessoal e profissional. A possibilidade de assistir a várias intervenções (médicas, educacionais) permitiu-nos observar de perto as diferentes abordagens e tirar algumas ilações relativamente à pertinência de uma gestão co-integrada.

A reunião conjunta proporcionou sobretudo um conhecimento bastante abrangente sobre os diversos níveis de intervenção e alargou horizontes de atuação.

3.1.1.3. Reunião clínica.

As reuniões clínicas realizam-se semanalmente, na presença de todos os técnicos e estagiários da USMIJ. É essencialmente um espaço de apresentação, supervisão e discussão de casos clínicos, onde são abordados também aspetos gerais acerca da dinâmica interna do serviço e divulgação de atividades de carácter científico e de formação.

Nesta reunião apresentámos dois casos de acompanhamento psicológico, tendo optado esta escolha, pela sua complexidade, e hipóteses de diagnóstico, em que discussão clínica poderia auxiliar na sua compreensão (Anexo C).

A apresentação consistiu na reflexão do caso, que incluía todo o processo psicológico subjacente (a história clínica e familiar, o pedido e motivo, a intervenção clínica realizada, a síntese das sessões, as hipóteses de diagnóstico, diagnóstico diferencial, o projeto terapêutico, a discussão e reflexão clínica).

O primeiro caso permitiu refletir sobre o diagnóstico da PHDA, e sobre as intervenções clínicas realizadas anteriormente.

O segundo caso foi discutido e refletido duas vezes na reunião, dada a complexidade da problemática (dificuldades alimentares ou relacionais), levantando várias hipóteses de diagnóstico ao longo do acompanhamento psicológico realizado, aumentando a dificuldade de compreensão dos aspetos clínicos envolvidos.

Certos aspetos constituíram entraves ao melhor desempenho pessoal, sobretudo numa fase inicial, alguma dificuldade em compreender certos conceitos teóricos/comportamentos à luz de uma conceção mais psicodinâmica (predominante nesta equipa). Esta experiência despoletou um aprofundamento de conhecimentos, quer científicos, quer metodológicos, para melhor compreender a manifestação sintomática das problemáticas, assim como na procura de respostas técnicas mais eficazes em função do quadro psicopatológico.

A reunião possibilitou a compreensão de outros casos clínicos apresentados pelos técnicos da unidade (psicólogas clínicas) ou pelos estagiários presentes, coadjuvando um maior conhecimento das problemáticas encontradas ao longo do estágio. Além disso, foi possível monitorizar todo o nosso processo de intervenção direta, com a discussão de situações específicas, de intervenções terapêuticas, estudos de caso, etc.

Houve ainda a oportunidade de conhecer de perto a dinâmica do serviço (internamento pediátrico), ter acesso a uma discussão alargada sobre os casos além dos que são acompanhados em ambulatório, perceber a importância e a eficácia das várias metodologias utilizadas (avaliação e acompanhamentos psicológico, terapia de grupo, terapia familiar) pelos técnicos da USMIJ.

Ao longo do período estágio foram abordados temas diversificados que sustentaram a intervenção, fomentaram novas aprendizagens e solidificaram a nossa competência enquanto estagiários de psicologia clínica.

O principal objetivo foi coadjuvar a intervenção clínica prestada, assim como, promover um conhecimento contínuo e atualizado das problemáticas das crianças que estão abrangidas por esta unidade, fazendo uso da multidisciplinaridade existente.

Nesta reunião, foi uma mais-valia ampliar os contactos e diversificar conhecimentos e experiências, particularmente quando o contexto em que nos inserimos é multidisciplinar.

A criança é muito mais do que aquilo que nos chega à sessão, existe todo um *background* de contextos e vivências que é necessário ir ao encontro para compreender a sua problemática. É essencial agir em prol das suas necessidades num trabalho conjunto, e orientado para um fim comum, onde “ todos remem no mesmo sentido para levar o barco a bom porto ”.

3.1.1.4. Reunião supervisão.

As reuniões de supervisão são realizadas semanalmente sob a orientação clínica da coordenadora da unidade, pedopsiquiatra.

Estas reuniões constituem espaços de encontro e partilha de dificuldades sentidas no âmbito da prática clínica, esclarecimento de procedimentos a adotar no desenrolar dos acompanhamentos psicológicos e/ou pedopsiquiátricos e discussão de hipóteses de diagnóstico. Indubitavelmente que numa fase de aprendizagem e de aquisição de conhecimentos e competências, é essencial uma orientação de proximidade, com os conhecimentos, experiência e rigor necessários de modo a orientar o trabalho dos estagiários no sentido da sua aprendizagem, desenvolvimento de competências e otimização da sua intervenção clínica. O registo diário de cada sessão tornou-se fundamental ao possibilitar uma reflexão crítica da atitude terapêutica, o que esteve certo e o que será necessário adequar numa próxima sessão.

A reunião de supervisão ajudou-nos a intervir com mais segurança e determinação nas atividades assistenciais realizadas (trabalho direto). Particularmente, despoletou inúmeras pesquisas bibliográficas e aprendizagens. Desde logo, referir a área infantil como crucial, visto que constitui um período crítico/sensível do desenvolvimento da criança. Um conhecimento pormenorizado e preciso do desenvolvimento “ normal ” pode servir de base a uma compreensão mais profunda da evolução psicopatológica das crianças e suas relações. Outro aspeto importante apreendido foca-se no processo de vinculação e na sua importância quer nos estádios iniciais de interação com as figuras parentais, quer como mote para todo o desenvolvimento e aprendizagem subsequente. Ao aprofundarmos o período da infância tornou-se inevitável referir o quão determinante seria efetuar uma intervenção preventiva, pelo facto de reduzir o número de casos e desencadear um atendimento precoce e mais eficaz das situações problemáticas.

Esta reunião foi muito enriquecedora ao permitir a discussão do desenvolvimento normal e patológico na clínica infantil, de critérios de diagnóstico, e de manifestações diferenciadas dentro da mesma problemática. Foi importante verificar que efetivamente o sucesso da intervenção só existe na individualização de cada caso, e que a psicologia clínica exige uma grande flexibilidade e abertura do técnico, estando disponível para cada comportamento da criança e para escutar aquilo que a família queira dizer.

3.1.2. Atividades complementares de formação.

A nível formativo, procurámos ainda investir em novos conhecimentos, e fundamentar toda a aprendizagem adquirida, privilegiando o desenvolvimento da nossa formação pessoal e académica, assistindo a várias conferências, seminários e formações, referenciadas pela USMIJ e/ou desenvolvidas pela Universidade Autónoma de Lisboa.

Destacamos a nossa participação:

- No X Workshop Relações Interpessoais e Dinâmicas de Grupo, realizado pela Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e *Cou-selling*.
- No Centro Universitário de Psicologia e Logopedia da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), como Observadora/Assistente de dois processos de acompanhamento psicológico.
- No “ Curso de avaliação psicológica da criança ”, realizado no departamento de formação permanente no ISPA.
- No seminário “ Noções práticas de psicofarmacologia ”, organizado pelo sector de formação da Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.
- No Colóquio “ Entre a Hiperatividade e as Perturbações do comportamento ” apresentado pelo prof. Bernard Golse, realizado pela Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância/Arterapias.
- Nas X Jornadas da Abordagem Centrada Pessoa: “ Família, parentalidade e responsabilidades sociais ” realizada na UAL.

Ao longo do estágio académico, assistimos igualmente, a outras conferências promovidas pelo departamento de psicologia e sociologia da UAL, pelo qual tivemos o privilégio de assistir semanalmente.

Todas as atividades complementares de formação foram ao encontro de novas perspetivas e abordagens que, além de acrescentarem conhecimentos, ajudaram-nos a abrir portas e horizontes académicos. Porque o conhecimento não se esgota no aqui e agora, e é importante manter uma curiosidade científica e humildade de modo a desenvolver, atualizar competências e novos saberes.

3.1.3. Atividades assistenciais.

Na USMIJ, o trabalho direto, é essencialmente realizado através das seguintes atividades assistenciais: consultas de triagem; Consulta Multidisciplinar de Fenda Lábio – Palatina (CMFLP); consultas de psicologia clínica (entrevista clínica a criança e seus familiares, observação, avaliação psicológica, aplicação de testes psicológicos, cotação quantitativa e qualitativa, realização de relatórios, devolução dos resultados), e intervenção em acompanhamento psicológico).

A nível de trabalho direto a observação constitui a primeira etapa e um momento crucial para a integração na instituição de acolhimento.

Esta etapa durou sensivelmente dois meses, e foi uma componente essencial para a intervenção no estágio pois somente com base nos dados obtidos e/ou registados (e.g. registos diários, recolha de documentos, observação entre os intervenientes e toda a dinâmica institucional) nos é possível proceder à elaboração de um plano de intervenção.

Na tabela subsequente (Tabela 6) apresentamos todas as atividades assistenciais desenvolvidas.

Por último, descrevemos sinteticamente dois casos, complementados com uma conclusão, análise clínica e reflexão pessoal.

Tabela 6.

Atividades Assistenciais - Trabalho Direto

Atividades Assistenciais	Trabalho Direto
Consulta / Reunião Triagem	18 Triagens
CMFLP	8 Consultas
Acompanhamento Psicológico	4 Casos
Avaliação Psicológica	7 Casos

Seguidamente, descrevemos Consulta Multidisciplinar de Fendas Lábio-Palatinas (CMFLP), onde participámos mediante a observação de casos clínicos.

3.1.3.1. Consulta multidisciplinar de fendas lábio-palatinas.

A CMFLP com periodicidade mensal orienta a sua prática pelo objetivo geral de acompanhar as crianças com FLP e suas famílias, identificando evolutivamente riscos e necessidades de intervenção associadas a esta problemática.

Os problemas associados são majoritariamente alimentares, respiratórios, dentários, auditivos, problemas na aquisição da linguagem expressiva, e acarretam dificuldades emocionais, tanto nas crianças como nas suas famílias. A natureza complexa destas malformações de causa genética ou ambiental vai assim requerer múltiplas intervenções de natureza multidisciplinar em etapas distintas do percurso de desenvolvimento.

Deste modo, a consulta integra uma equipa multidisciplinar formada por vários técnicos (cirurgiões, pediatras, geneticista, estomatologista, terapeuta da fala, serviço social, enfermeiro, psicólogo clínico), que intervêm no contexto de um plano de avaliação e tratamento estruturado, em função das especificidades e necessidades individuais da criança.

Tratando-se de uma consulta de seguimento realizada em simultâneo por várias especialidades, torna possível a avaliação evolutiva e das várias aéreas em vigilância e intervir com coesão e rapidez. Sempre que é necessário, a criança é seguida com maior regularidade pelos técnicos da equipa no âmbito da sua especialidade.

No que respeita à psicologia clínica, a criança é encaminhada para a consulta de psicologia na USMIJ pela psicóloga, para uma intervenção de apoio psicológico.

A nível assistencial participámos como observadora em oito CMFLP, adquirindo uma experiência muito enriquecedora em termos de conhecimentos técnicos de outras especialidades. Ao longo do estágio a equipa multidisciplinar, recebeu em cada consulta cinco crianças, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre um mês e os dezas-seis anos, acompanhadas pelos seus pais e/ou cuidadores.

As famílias observadas neste âmbito encararam estas consultas como um espaço de acolhimento por excelência, onde podem colocar dúvidas e clarificar o desenrolar do processo clínico e psicológico.

Após o período de observação, a consulta de triagem foi a primeira atividade assistencial a ser realizada de forma autónoma pela estagiária.

3.1.1.2. Consulta de triagem.

Na Consulta de Triagem (CT) a observação clínica é explorada e aprofundada através de alguns parâmetros, que se encontram sistematizados num guião (ficha clínica) utilizado como referencial por todos os técnicos da unidade (pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros) que realizam esta intervenção (já descrita na primeira parte do presente relatório).

O tempo de espera até à marcação de uma próxima consulta é em média de quatro meses. No entanto, situações que se considerem de maior urgência (crianças vítimas de abuso ou maus-tratos, perturbações de humor com risco de suicídio) são consideradas prioritárias, pelo que a marcação é feita entre uma a duas semanas.

Ao longo do estágio académico observámos sete CT e realizámos autonomamente onze, com posterior discussão clínica em reunião triagem.

As crianças referenciadas foram dezoito meninos e quatro meninas, com idades compreendidas entre os cinco e os treze anos.

Os pedidos ou as vias de encaminhamento eram múltiplos (centros de saúde, escolas, consultas externas do hospital).

Os motivos subjacentes eram ponderados na reunião de triagem com coordenadora do serviço (pedopsiquiatra) e com os técnicos presentes e decididos os respetivos encaminhamentos, na sua grande maioria, primeiramente para a consulta de pedopsiquiatria da unidade, como podemos observar através da seguinte tabela (Tabela 7).

Tabela 7.

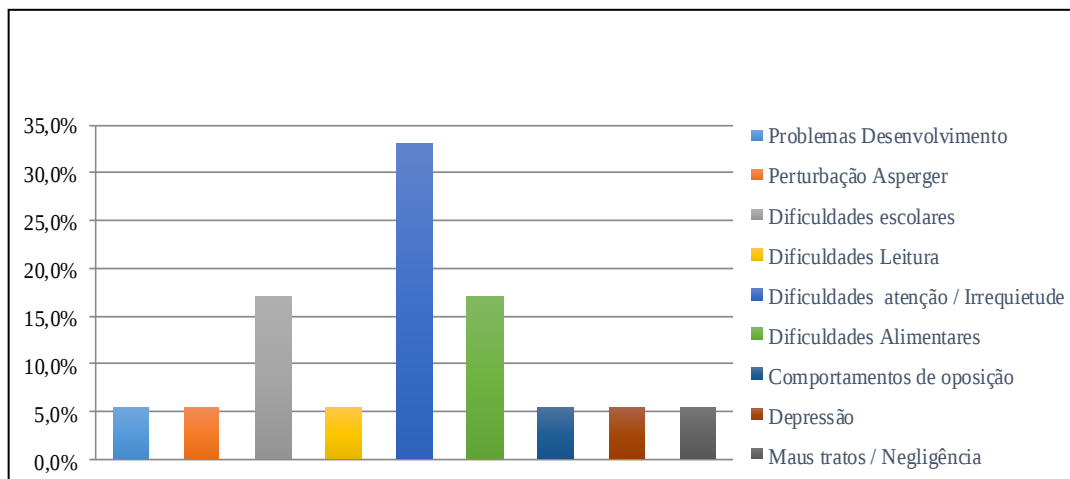
Características dos Casos na Consulta de Triagem

Nome	Idade	Sexo	Origem Pedido	Motivo	Encaminhamento
J	5	M	Escola	Problemas de Desenvolvimento	USMIJ Psicologia Clínica
M	8	F	Escola/Família	Dificuldade Leitura	USMIJ Psicologia Clínica
R	9	M	Pedopsiquiatria USMIJ	Alterações Humor Hiperatividade	USMIJ Psicologia Clínica
P	9	M	Centro de saúde	Dificuldades Escolares	USMIJ Psicologia Clínica
C	3	M	Consulta externa, do hospital	Dificuldades Alimentares	USMIJ Psicologia Clínica
N	12	M	Família	Irrequietude Falta de atenção	USMIJ Psicologia Clínica
E	13	M	Escola	Dificuldades Escolares globais	USMIJ Psicologia Clínica
S	11	M	Centro de saúde	Maus tratos Negligência	USMIJ Pedopsiquiatria Assistente social
B	10	F	Pedopsiquiatria	Síndrome de Asperger	USMIJ Pedopsiquiatria
F	3	M	Centro saúde	Dificuldades Alimentares	USMIJ Pedopsiquiatria
A	5	F	Centro de saúde	Dificuldades Alimentares	USMIJ Pedopsiquiatria
F	8	M	Família	Irrequietude Falta de atenção	USMIJ Pedopsiquiatria
D	7	M	Família	Irrequietude Falta de atenção	USMIJ Pedopsiquiatria
T	7	M	Centro saúde	Irrequietude Falta de atenção	USMIJ Pedopsiquiatria
O	6	F	Escola	Dificuldades Escolares	USMIJ Pedopsiquiatria
G	8	M	Pediatra (externo)	Sintomas depressivos Separação pais.	USMIJ Pedopsiquiatria
J	11	M	Neuropediatria do hospital	Défice de atenção Hiperatividade	USMIJ Pedopsiquiatria
L	8	M	Centro saúde	Comportamentos Oposição e Desafio	(internamento)

Nota: Casos (R, B, J) encaminhados pela pedopsiquiatria e neuropediatria com diagnósticos prévios. Os casos (J, M, R, P, C, N, E) triagens realizadas pela orientadora de estágio.

De acordo com as características dos casos apresentados, indicamos a prevalência das problemáticas ao longo das CT realizadas (Figura 3).

Figura 3. Sintomatologias e Quadros psicopatológicos observados na CT.



As problemáticas mais prevalentes da amostra observada são o déficit de atenção/ irrequietude (33%), as dificuldades escolares (22.5%), e alimentares (17%).

Ao longo das CT realizadas, tivemos a oportunidade de adquirir uma aprendizagem e prática de entrevista muito significativa, interagindo com os pais/cuidadores.

Procurámos fundamentalmente, estar atentos à relação que se estabelece com a história de vida e a problemática da criança, e perceber o sentido que os pais/ cuidadores dão a cada sintoma, e a cada comportamento da criança.

Após a observação e realização das CT, foi necessário integrar a dinâmica das consultas de psicologia infantil e juvenil.

Inicialmente, adotou-se meramente uma postura de observação. Contudo, com o decorrer da fase observacional, foi necessário moldar a atitude, e revelou-se importante a participação, intervindo e refletindo com a orientadora após o término de cada sessão.

De seguida, descrevemos os objetivos inerentes à consulta de psicologia, bem como a avaliação e intervenção psicológica realizada.

3.1.1.3. Consulta de Psicologia Infantil e Juvenil - CPIJ.

O espectro da ação da CPIJ engloba crianças e adolescentes (com idades compreendidas entre 0-13 anos) bem como as suas famílias, referenciadas por técnicos de saúde como necessitando de avaliação psicológica e/ou intervenção psicológica.

Importa referir que a CPIJ, tanto pela proximidade física, como pela grande interdisciplinaridade com que se interligam as duas unidades (USMIJ e Unidade de Desenvolvimento), recebe como principais fontes de referência pedidos de avaliação e acompanhamento de casos provenientes não só da pedopsiquiatria da unidade, mas também estabelece um trabalho muito estreito com outros serviços (internamento pediátrico, o serviço de pediatria e consultas externas do hospital).

Nas CPIJ começa-se por receber os pais e/ou figuras cuidadoras da criança que se assumem como tradutores do seu sofrimento.

Têm como início um processo de avaliação comum, caracterizado pela elaboração de uma ficha de anamnese, que pretende explorar e reunir num registo escrito, com carácter essencialmente desenvolvimental, a informação pertinente sobre a história de desenvolvimento da criança, da sua história pessoal e familiar, procurando compreender as problemáticas que motivaram a consulta ou outras entretanto reconhecidas.

Depois da primeira sessão, recebemos a criança, na sequência de um pedido que encerra normalmente uma queixa e um sofrimento e proporciona-se um espaço, um tempo e uma relação terapêutica.

De uma forma geral, é interessante constatar, que normalmente as queixas são formuladas como estando totalmente centradas nos filhos, apresentando os pais uma atitude desresponsabilizada e pouco consciente do papel fundamental que desempenham nas transformações e manutenção dos resultados terapêuticos. Este processo avaliativo resume um passo fundamental na planificação quer da avaliação, quer do estudo da forma mais ajustada de intervir junto da criança, adolescente ou sistema familiar.

A intervenção psicológica na consulta de psicologia envolve, conforme as necessidades de cada caso particular, a criança ou adolescente, os pais ou cuidadores, os irmãos, a escola, os educadores ou professores ou outra identidade ou instituição que possa ser relevante para a compreensão da problemática.

As situações problemáticas que surgem mais frequentemente na consulta de psicologia, embora raras vezes encontrem expressão única, podendo por isso surgirem associadas ou interdependentes. Na sua maioria são: dificuldades de aprendizagem, hiperatividade, disfuncionamento familiar, problemas globais de desenvolvimento, problemas de comportamento e dificuldades no ajustamento psicológico em geral.

Conforme a problemática apresentada elegem-se técnicas específicas de avaliação e intervenção, designadamente, a observação clínica, a entrevista, a avaliação psicológica e acompanhamento psicológico. Acontece, por vezes, que após a realização da avaliação formal da criança é necessário encaminhá-la para outra especialidade (e.g. terapia da fala). No caso de suspeita que o problema possa ser de origem orgânica aconselhamos os pais a exporem o caso ao médico responsável ou encaminhamos a criança para outra especialidade.

O formato de intervenção é geralmente individual ou familiar, de acordo com a idiosincrasia dos casos.

3.1.1.4. Avaliação psicológica.

Um processo que pode decorrer da consulta de psicologia é a Avaliação Psicológica (AP), como referimos anteriormente. Na unidade a AP efetua-se em caso de necessidade ou de um pedido específico (da pedopsiquiatria, da escola, da família, do centro de saúde), com o objetivo de adquirir um conhecimento mais aprofundado do desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, através de metodologias de avaliação (observação livre, aplicação de testes complementares de diagnóstico infantil).

Na AP da criança ou adolescente utilizamos procedimentos diferenciados consoante a problemática e a queixa apresentada, englobando, geralmente, a realização de diversas provas específicas. Sendo as mais utilizadas as seguintes: Desenho Livre (DL), Desenho da Figura Humana (DFH), Desenho da Família (DF), Escala de Inteligência de Wechler para Crianças e adolescentes (WISC-III), Escala de Inteligência de Wechler para idade pré-escolar e primária (WPPSI-R), Figura Complexa de Rey (FCR), Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, Teste de Aperceção infantil CAT-A. Para além destes instrumentos de avaliação, foram ainda utilizados vários jogos em consulta (e.g. “ Sentimentos: jogo dos afetos ” e “ GOSTARzinho ” de Graça Gonçalves).

A seleção dos instrumentos de avaliação a aplicar a cada criança foi realizada em consonância com a informação recolhida de diferentes fontes (processos clínicos, avaliações precedentes, informação de outros técnicos), tendo como principal objetivo ir ao encontro de dimensões do funcionamento psicológico: as emoções, comportamento, cognições e competências e o próprio desenvolvimento mental.

Após a fase de avaliação é redigido um relatório de devolução de cada caso clínico, ao qual é anexado ao processo clínico, bem como, um relatório clínico resumido, dirigido em quem realizou o pedido de encaminhamento. Que informa sobre as competências e as dificuldades observadas nas áreas supra referidas. É também muito comum a realização de relatórios escritos dirigidos às instituições escolares incluindo informação solicitada e necessária à interdisciplinaridade. Nesta fase é realizada uma consulta de devolução na qual o psicólogo estagiário e a psicóloga orientadora darão o seu parecer sobre a situação clínica, que consiste numa análise compreensiva do funcionamento psicológico da criança. Pode solicitar-se o acompanhamento psicológico e/ou a necessidade de encaminhamento para outro serviço ou profissional especializado sempre que necessário. Na devolução da AP realizada, são fornecidas informações sobre a conclusão e resultados obtidos na AP, e a intervenção psicológica a realizar.

No caso das crianças, a devolução é realizada com as figuras cuidadoras e posteriormente com a própria, com recurso a atividades lúdicas de modo a que a criança compreenda o que lhe está a ser pedido e explicado. Procede-se então ao encerramento do processo clínico e é enviado esta informação ao profissional que a referenciou.

Gostaríamos ainda de referir que ao longo do estágio, foram ainda solicitadas AP de crianças, encaminhadas pela pedopsiquiatria da unidade. Por este motivo, algumas crianças apenas realizaram avaliações psicológicas, sem um acompanhamento psicológico continuado na consulta de psicologia.

No decorrer do estágio realizámos sete processos de avaliação psicológica, observados e supervisionados pela orientadora. Participámos na observação de quatro casos, e realizámos três avaliações psicológicas, com posterior discussão e supervisão.

Durante a observação dos casos clínicos, elaborámos um registo, o qual descrevemos as fases e o processo de AP. A descrição da bateria de provas utilizadas em cada um dos casos, assim como a caracterização demográfica, a origem pedido e motivo, podem ser observados através da seguinte tabela (Tabela 8).

Tabela 8.

Características dos Casos de Avaliação Psicológica

Utente	Idade	Sexo	Pedido	Motivo	Instrumentos	Nº Sessões
M 1)	7	F	Família Escola	Dificuldades Escolares	DL/DF WISC-III	7
J 1)	6	M	Escola	Dificuldades Desenvolvimento	DL/DFH/DF WPPSI-R	6
E 1)	13	M	Escola	Dificuldades Escolares	DL/DF WISC- III/ FCR	6
M	7	F	Família	PHDA	DL /DF/ FCR CAT-A	Mantêm Acompanhamento
A	10	F	Pedopsiquiatria (USMIJ)	DA Défice Atenção	DL/DF WISC –III FCR/ CAT-A	7
M	9	M	Pedopsiquiatria (USMIJ)	PHDA	DL//DF FCR /CAT-A	7
B	5	F	Centro Saúde	Dificuldades Desenvolvimento	E. Griffiths	Mantêm Acompanhamento

Nota. 1) Avaliações psicológicas realizadas pela orientadora de estágio. Motivos: PHDA – Perturbação Hiperatividade e défice de atenção; Défice Atenção; DA – Dificuldades de Aprendizagem, diagnósticos prévios encaminhados pela pedopsiquiatra da unidade.

Em relação às avaliações psicológicas por nós realizadas, julgamos ser pertinente, ressaltar a desmistificação em torno da Terapia Centrada no Cliente (TCC).

Embora o diagnóstico psicopatológico possa ser irrelevante para o processo terapêutico, não implica que estejamos distantes da compreensão do desenvolvimento saudável e do patológico, sendo de todo relevante conhecer o significado dos níveis de psicopatologia. Na nossa perspetiva a relevância do diagnóstico passa pela compreensão dos conflitos específicos para além da sua categorização (Lambers, 2003).

O diagnóstico é algo que se vai construindo ao longo da terapia e traduz o processo que acontece na experiência do cliente, mais do que na intelectualidade do psicólogo. Assim, o diagnóstico no contexto da TCC não pretende colocar o *locus* de avaliação fora do cliente e fazer do psicólogo um especialista que determina o objetivo do trabalho terapêutico.

Para além da psicopatologia associada, o conhecimento genuíno do cliente bem como a qualidade da relação terapêutica parece ser o ingrediente primordial para a mudança terapêutica (Rogers, 2005/1942).

O encontro entre o cliente e o psicólogo é regulado pela necessidade de estabelecimento de uma relação de confiança, e têm como objetivo principal sentir e experienciar o mundo tal como o cliente o vê, sente e vivência) (Rogers, 2004/1951).

Assim, a avaliação não assume um cariz de distanciamento psicológico e objetividade científica, constitui o início da relação terapêutica criada desde o primeiro momento, independentemente dos recursos usados pelo psicólogo (seja pela observação, recorrência ao uso de testes psicológicos ou expressão livre).

A atitude faz a diferença pela forma de abordagem mais voltada para a escuta atenta e disponibilidade pessoal, que parece sobrepor-se ao conteúdo (Robison, 2011). Avaliar equivale neste contexto a conhecer e entrosar-se no mundo interno do cliente e a facilitar a livre expressão de tudo o que o cliente estiver disposto e sentir necessidade de abordar (pensamentos, ideias, sentimentos). Neste processo o psicólogo pode criar desde logo condições para o desenvolvimento do cliente com vista a uma abertura à experiência (Rogers, 1999/1942). A avaliação constitui em si uma forma de intervenção que se vai reorganizando à medida que estávamos mais próximo da criança

Um outro processo que pode decorrer da AP, é o acompanhamento psicológico à criança e seus familiares, que abordaremos, de seguida em maior profundidade.

3.1.1.5. Acompanhamento psicológico.

O contacto que tivemos com as problemáticas e situações ao longo dos acompanhamentos psicológicos realizados e/ou observados, contribuíram para o desenvolvimento de capacidades e da postura a adotar, bem como para uma reflexão sobre o contributo da nossa formação teórica e a integração da mesma na prática exercida. Ou seja, a experiência do estágio ajudou-nos a eleger e a identificarmo-nos com a TCC, como modelo de intervenção psicológica. Por se tratar de crianças procurámos também as contribuições da ludoterapia centrada na criança.

Numa fase inicial (observação) elaborámos um registo no final das sessões, onde descrevemos as fases do processo de acompanhamento psicológico.

Com o decorrer do estágio, a seleção utilizada para eleger os casos clínicos de acompanhamentos psicológicos foi determinada pela orientadora com base naqueles casos que iniciaram o processo clínico e/ou que foram encaminhados para reavaliação.

Relativamente às considerações sobre os casos clínicos observados, existiu um interesse particular em aprofundar os conhecimentos adquiridos, pesquisando bibliografia científica sobre as problemáticas em questão (PHDA, vítima abuso sexual).

Durante o período de estágio académico participámos nas sessões individuais de três casos e realizámos um acompanhamento psicológico, constituindo um total de dezoito sessões. Os acompanhamentos psicológicos foram realizados mediante diversos pedidos (consulta externa do hospital, pedopsiquiatria do serviço da USMIJ e família), como podemos observar através da seguinte tabela (Tabela 9).

Tabela 9.

Características dos casos de Acompanhamento Psicológico

Utente	Idade	Sexo	Pedido	Motivo	Nº Sessões
R 1)	9	M	Pedopsiquiatria USMIJ	Hiperatividade Dificuldades escolares	Mantém Acompanhamento
I	4	M	Consulta Externa HSM	Dificuldades Alimentares/Relacionais	18 Sessões
M	10	F	Família	Dificuldades escolares Abuso Sexual	Mantém Acompanhamento

Nota: 1) Acompanhamento psicológico realizado pela estagiária. Hiperatividade, diagnóstico prévio encaminhado pela pedopsiquiatra da USMIJ.

Para uma maior compreensão dos acompanhamentos psicológicos observados e/ou realizados procurámos ainda, apresentar dois casos na reunião clínica, e um caso na reunião de supervisão, com a finalidade de alcançar uma maior aprendizagem e competência no desempenho da prática clínica.

Em conformidade com o objetivo académico, que institui por parte do estagiário a realização de dois acompanhamentos psicológicos e/ou uma avaliação psicológica e um acompanhamento. Seguidamente, apresentamos dois casos (A e B), um processo de avaliação e um de acompanhamento psicológico, fundamentados com a revisão de literatura efetuada na primeira parte do presente relatório.

PARTE IV
APRESENTAÇÃO DE CASOS

IV- Apresentação dos Casos

O primeiro caso (A) teve em consideração a realização de uma avaliação psicológica, que permitiu uma maior reflexão e análise a diversos níveis.

Por refletir a revisão de literatura efetuada no enquadramento teórico, designadamente a PHDA, e por ser um caso que comportou um trabalho clínico diversificado: entrevista clínica a criança e seus familiares; observação; avaliação psicológica (análise qualitativa e quantitativa dos resultados dos testes aplicados, contextualizando-os na observação e história clínica da criança); elaboração do respetivo relatório de avaliação e devolução dos resultados.

O segundo caso (B), corresponde a um acompanhamento psicológico, que permitiu uma maior pesquisa bibliográfica e interesse clínico, tendo em consideração alguns critérios. Por um lado, possibilitou uma maior reflexão e análise, levantando várias hipóteses de diagnóstico, devido à sua complexidade e evolução ao longo do acompanhamento realizado, e por outro lado, permitiu compreender e refletir o caso na reunião clínica, tendo em conta os conhecimentos partilhados por todos os técnicos da unidade.

Deste modo, a apresentação de cada caso é distinta devido ao processo psicológico subjacente (avaliação e acompanhamento psicológico). Contudo, em ambos os casos, descrevemos o pedido e o motivo da consulta, a história clínica e familiar, análise clínica, hipóteses de diagnóstico, conclusão e plano terapêutico, síntese das sessões, análise do processo terapêutico, e reflexão pessoal.

Por questões éticas a identidade da criança não é revelada, apenas serão apresentadas as letras iniciais dos seus nomes, assim como serão omissos outros dados que sejam considerados pertinentes e que possam levar à identificação das crianças ou respetivas famílias, garantindo assim o direito à confidencialidade, análise do processo terapêutico, reflexão pessoal.

4.1. Caso clínico A: Avaliação Psicológica

O M foi encaminhado em Junho de 2006 para a USMIJ, a pedido da sua médica de família, por apresentar irrequietude, comportamentos agressivos de oposição.

Da triagem realizada, foi recolhida a respetiva informação (Tabela 10).

Tabela 10.

História Clínica do Caso de Avaliação Psicológica

História Clínica	
Pedido	☐ Pedopsiquiatria da USMIJ /Escola
Motivo	☐ Dificuldades a nível atenção/concentração e relacionais.
Queixa atual	☐ Possíveis sintomas de PHDA.
Antecedentes Pessoais	☐ Gravidez planeada/desejada. Parto distócico, risco. ☐ Marcos do desenvolvimento dentro dos parâmetros normais ☐ Dificuldade no relacionamento com os pares (agressividade). ☐ Não são registadas doenças/ hospitalização.
Antecedentes familiares	☐ O agregado familiar (pais e irmão). ☐ Único filho do casal. Têm dois irmãos mais velhos. O irmão materno (autista, invisual), e uma irmã paterna que apresenta comportamentos disruptivos. ☐ Relações familiares - muito próxima com a mãe, distante e pouco afetuosa com o pai. Ciúmes do irmão.
Observação da criança	☐ Desenvolvimento estado-ponderal adequado (aspeto frágil). ☐ Relação fácil com o observador (comportamentos apelo/sedução) ☐ Afetos (ansiedade, inquietude)
Hipótese inicial	☐ Dificuldades atenção e concentração e relacionais
Plano de Intervenção	☐ Proposta de Avaliação Psicológica

De acordo com a problemática apresentada (dificuldades de atenção/ concentração e dificuldades relacionais) o M tem vindo a ser seguido na consulta de pedopsiquiatria da unidade por alterações de comportamento, que foram evoluindo favoravelmente.

Ao longo do acompanhamento pedopsiquiátrico, foi sempre ponderada, a introdução de psicofármaco, Resperidona (metilfenidato ®), nomeadamente para melhorar a sua capacidade de concentração e atenção.

Atualmente foi diagnosticado pela pedopsiquiatra da unidade com uma PHDA, e foi encaminhado para nós, para uma consulta de psicologia clínica, para a realização de uma avaliação psicológica a nível cognitivo e afetivo/relacional, com o objetivo de continuar a beneficiar de apoio pedagógico personalizado com a sua professora de apoio sócio educativo.

O M têm vindo a ser abrangido pelo Decreto-lei 3/2008, usufruindo de apoio pedagógico personalizado e adequações no processo de avaliação, beneficiando, caso necessite, de mais tempo, na realização das fichas de avaliação na sala de aula.

4.1.1. História clínica e familiar.

Na primeira consulta foi realizada uma atualização da história clínica com a mãe e a criança. Da observação realizada podemos verificar que o M é uma criança do género masculino, caucasiano, com um desenvolvimento estado-ponderal adequado à sua idade real (nove anos e três meses de idade), mas com um aspeto frágil e franzino. É um rapaz simpático, de sorriso fácil, com prazer na relação com o outro.

O M surge nas consultas de indumentária limpa e cuidada de acordo com a idade e estação do ano. Têm cabelo castanho, corte regular e cuidado, com um olhar expressivo, meigo e doce, de quem foi fácil gostar e empatizar. Manifestava um contacto ocular fácil com o observador, apresentando-se por vezes disperso e alheado, com dificuldade em concentrar a sua atenção.

O M é o único filho do casal. Têm dois irmãos do primeiro casamento dos pais. O irmão mais velho (autista, invisual) fruto do primeiro casamento da mãe, e uma irmã, fruto do primeiro casamento do pai (descrita como uma criança muito problemática, com comportamentos de oposição e desafio).

Relativamente aos seus antecedentes pessoais, a gravidez do M foi planeada e desejada. O parto foi distócico (cesariana), considerado de risco. O M nasceu com 2.945 gramas e com um índice de APGAR 9/10. Os primeiros tempos de vida do bebé são experienciados de forma positiva, apesar de existir algumas inseguranças. A mãe “ tinha um grande receio, que fosse igual ao irmão ” (sic), invisual e autista.

O M foi amamentado ao peito nos primeiros meses, depois passou para aleitamento artificial, e posteriormente, fez uma boa adaptação aos alimentos sólidos.

No que diz respeito ao sono, sempre dormiu muito pouco. Tinha o sono muito agitado, com pesadelos, tentando prolongar o tempo para adormecer. “ Gostava de estar sempre ao lado da mãe para adormecer ” (sic).

Os marcos do desenvolvimento psicomotor foram atingidos dentro dos parâmetros esperados para a idade, tendo uma boa tonicidade global.

Tem apetência para a comunicação verbal e não são descritas quaisquer dificuldades ao nível da linguagem. Nem qualquer doença ou hospitalização.

Numa fase inicial ficou entregue aos cuidados da mãe e da avó materna, e depois entrou para o jardim-de-infância com três anos, e a sua adaptação fez-se sem dificuldades. Neste momento ingressou para o 4º ano de escolaridade.

Na escola são registados problemas ao nível do comportamento, de oposição e desafio, demasiados violentos, agredindo os colegas prometendo vingança para aqueles que ousam enfrentá-lo. É descrito como uma criança curiosa e de grande instabilidade motora, falta de concentração e atenção, que tem afetado significativamente o seu desempenho escolar e o comportamento em sala de aula.

Da história familiar, ressaltam alguns aspetos que nos preocupam e que passamos a enunciar: grande dificuldade do casal, desde o início da sua vida em comum, em estabelecer um projeto de família, estabelecendo-se entre a mãe e a criança uma relação privilegiada, em que o pai é excluído e se deixa excluir. As dificuldades na relação são visíveis em inúmeras situações: a mãe relata agressões físicas, inclusive durante a gravidez, e após o nascimento, separando-se do marido diversas vezes.

Em relação irmã mais nova do lado paterno, já foi seguida na consulta de pedopsiquiatria da unidade, por apresentar comportamentos disruptivos e agressivos. Quando à data que vivia com o M agredia-o constantemente. A mãe menciona que ela foi “ viver com o pai porque a sua mãe é prostituta, tem vários filhos, e não tem condições para os criar ” (sic). No momento presente da avaliação já não vive com o pai, o que faz que o ambiente familiar seja mais contendor, permitindo uma melhoria sintomática do M.

Atualmente fazem parte do agregado familiar os pais e irmão mais velho.

A mãe tem 42 anos, a nível profissional trabalha como auxiliar hospitalar. Surgiu sempre de indumentária limpa e cuidada de acordo com a idade. Demonstra muita preocupação e cuidado pelos filhos, falando com muita emoção de ambos, embora o filho mais velho requeira mais cuidado segundo a própria. Aparenta ser uma mulher com uma vivência sofrida e amargurada pelas dificuldades que sempre sentiu, mas apesar de tudo manifesta uma boa capacidade de resiliência e uma boa tolerância à frustração. Foi casada com o pai do seu primeiro filho que os abandonou deixando-a sozinha, pensou então constituir nova família com o atual marido.

Apresenta uma postura expectante, ansiosa, expressiva e muito empática, o seu discurso é organizado, estruturado e espontâneo, contudo por vezes impulsivo tornando-se verborreico. Manifesta alguma dificuldade em organizar e verbalizar os seus sentimentos, ou seja, se por um lado quer expressar as dificuldades e preocupações sentidas pelo M também ela sente necessidade de falar sobre as suas emoções. Refere que têm “pouca disponibilidade para estar com M, devido aos horários de trabalho e quando chega a casa ele exige logo atenção ” (sic).

A mãe descreve-o como uma criança difícil, que exige muito tempo e paciência. É excessivamente irrequieto, impaciente, parece que anda no “ mundo da lua ” (sic), reage frequentemente antes de pensar e quer ser ele a comandar tudo. Mas ao mesmo tempo descreve-o como carinhoso e meigo. Segundo ela, o M apresenta mudanças rápidas de humor, oscilando entre momentos em que se irrita, é impulsivo e extremamente agressivo, e momentos em que se torna extremamente afável e carinhoso.

O pai tem 50 anos e é reformado. Segundo a mãe, nunca acompanhou o M às consultas de psicologia, nem a auxiliou nas consultas médicas que o filho realizou ao longo dos tempos. A relação com o filho é descrita como distante e pouco afetiva.

Em relação ao irmão mais velho, o M tem muitos ciúmes e “ não aceita que ele é um menino especial ” (sic). Que requer uma maior dedicação por parte da mãe. Manifesta comportamentos hostis e desafiadores agredindo o irmão constantemente, com “brincadeiras mal-intencionadas, para que fique com medo dele ” (sic).

Habitualmente os pais optam por atribuir castigos pelos maus comportamentos do filho. Contudo, por vezes estes castigos não são cumpridos até ao fim, havendo constantes interrupções ou alterações das condições iniciais.

A mãe por vezes acaba por ser mais permissiva, fazendo-lhe as vontades ou como refere “ às vezes fecho os olhos ” (sic), finge que não vê e acaba por deixar o M fazer certas coisas que o pai anteriormente tinha proibido. Justifica esta atitude dizendo que por vezes não é demasiado rígida porque passa pouco tempo com os filhos, tenta passar bons momentos, sem discussões ou castigos. Ao contrário do pai que é mais autoritário e punidor.

Assim, os pais adotam estilos parentais distintos na educação da criança, sendo que esta já percebeu, que se pedir alguma coisa ao pai, provavelmente vai recusar, mas se recorrer a mãe, é possível que consiga o que deseja.

4.1.2. Avaliação psicológica - provas aplicadas.

A Avaliação Psicológica (AP) produzida teve de ir ao encontro dos pedidos sugeridos (pedopsiquiatria/escola), e conter sugestões de intervenção e encaminhamento considerados imprescindíveis para o reforço das competências apuradas. Devido a concomitância destes dados o processo de AP passou primeiro, por selecionar as provas a utilizar, de acordo com a problemática apresentada e os objetivos a atingir.

Como primeira aplicação seleccionámos, o Desenho Livre (DL) que permite-nos, estabelecer um contacto inicial com a criança, rápido, fácil e agradável (Boekholt, 2000). Dado que não é um pedido temático, a criança tem mais liberdade para desenhar o que entender, o que nos permitirá aceder aos seus interesses e em algumas situações, à sua história de vida, ao seu universo, constituindo uma “ linguagem ” espontânea de uma enorme riqueza.

Em seguida, o Desenho da Família (DF) de forma a compreendermos como a criança representa a sua família. As suas relações familiares vão-se compreender pelo investimento que faz nas diversas figuras, de formas distintas e pela ordem e forma de desenhar, bem como se representa a si própria nesse contexto familiar (Campos, 2007).

A nível da atenção, concentração e restantes aptidões cognitivas, seleccionámos a Figura Complexa de Rey (FCR) A e B, como primeira aplicação, e seguidamente a escala de inteligência de Wescheler para crianças (WISC-III).

A aplicação da FCR, por ser um teste destinado a avaliar a percepção visual e a elaboração dessa percepção, bem como a atividade de memorização visual. Nesta prova existem duas formas a A e B. A forma A muito complexa (idade compreendida entre os oito anos e a idade adulta), e a B mais simples (crianças entre os quatro e sete anos).

O tempo na aplicação da prova pode variar entre cinco a vinte cinco minutos.

Estas figuras têm certas características avaliativas, como a ausência de significado evidente; execução gráfica simples; disposição bastante complexo para induzir uma ação perceptiva analítica e estruturadora.

Neste contexto, o avaliador deve ter em conta como o sujeito copia a figura, da forma como é construída para se concluir o funcionamento perceptivo. No entanto, a figura construída por memória dá a informação sobre a fidelidade da memória visual, dando especial atenção à reprodução da mesma (Rey, 1998).

À posteriori, a aplicação da WISC-III, uma bateria com o objetivo de avaliação cognitiva de crianças e adolescentes com idades compreendidas dos seis aos dezasseis anos e onze meses, sendo mais específica à inteligência do indivíduo (Weschler, 2006). Trata-se de grande utilidade para o relatório mais específico de um psicólogo clínico e educacional. O tempo é de mais ou menos noventa minutos.

A nível afetivo seleccionámos a prova do C.A.T.-A: Teste de Aperceção Temática Infantil de Bellak e Bellak (1981), versão animais.

Esta prova é constituída por dez pranchas com imagens de animais que permite a avaliação de diversos aspetos da dinâmica afetiva da criança (emoções, sentimentos, conflitos, etc.). A criança ao brincar conta histórias a partir dos cartões e das suas vivências. Na altura em que se pede para ver a figura que mais gosta ou com quem se identifica, ela vai se reportando no imaginário à realidade (Boekholt, 2000).

Aplicámos esta prova pelas dificuldades que o M apresenta na relação com os pares e familiares, e na sua recusa em lidar com as suas emoções mais íntimas.

Apesar de o pedido da AP ter como objetivo uma avaliação a nível cognitivo, não podemos deixar de considerar fundamental uma avaliação a nível afetivo, pela sua história familiar e pessoal. Pelas suas dificuldades em lidar com as emoções, a sua ambivalência de sentimentos em relação à figura materna, poderiam ser influenciados por fatores de ordem emocional.

A Avaliação Psicológica (AP) teve a duração de sete sessões, de quarenta e cinco minutos cada.

A primeira sessão foi realizada com a mãe e o M, procedeu-se à recolha de informação necessária, a anamnese. Foi explicado que iríamos proceder a uma AP, de forma a avaliar o funcionamento cognitivo global do M, bem como as suas capacidades de concentração e atenção, entre outras.

Na seguinte tabela (Tabela 11), apresentamos sinteticamente os instrumentos de AP utilizados em cada sessão, os objetivos inerentes, e o resumo dos resultados no decurso do processo terapêutico.

Tabela 11.

Metodologias de avaliação psicológica aplicadas

Nº Sessões	Instrumentos Avaliação	Objetivos	Resultados/ Reflexão
1ª	Anamnese Observação Livre	Conhecimento do desenvolvimento e história de vida da criança.	Uma criança cordial e sintónica. Auto-estima frágil e carente de reforço e estimulação.
2ª	DL DF	Explorar o domínio afetivo - emocional e adaptabilidade social.	Desenho pouco investido, conteúdo pobre. Demonstrou necessidade de afeto e de relação
3ª	Figura Rey A e B	Avaliação da perceção visual e a memorização visual.	Dificuldades na esquematização espacial. Resultados muito inferiores para sua idade. Postura apelativa.
4ª / 5ª	WISC III	Avaliação níveis de competência verbal (compreensão) e de capacidade de realização face a novas situações (desempenho).	Dificuldades de atenção e concentração. Nível cognitivo ligeiramente abaixo da média para a sua idade. Perfil homogéneo (QIV e QIR).
6ª	CAT-A	Facilitar a projeção de diversos aspetos da personalidade	Apresentou uma expressão verbal pobre ligada ao conteúdo manifesto do estímulo.
7ª	Relatório Avaliação P.	Devolução presencial dos resultados à família e à criança. <i>Feedback</i> terapêutico.	Continuidade de acompanhamento pedopsiquiátrico e apoio educativo personalizado.

Análise dos resultados dos testes de dinâmica comportamental e afetiva.

No Desenho Livre (DL) e no Desenho da Família (DF), o M apresentou o desenho pouco investido, com um conteúdo pobre e um traçado irregular, imaturo e inseguro. Manifestou desmotivação, e um ritmo de trabalho lento, assim como os seus níveis de atenção e concentração, contudo apenas quando a tarefa lhe suscitava algum interesse.

Considerando que os sentimentos encontram expressão nas linhas, no uso do espaço, equilíbrio, integração e forma de execução, segue-se uma análise dos aspetos mais salientes desta aplicação (Figura 5).

Figura 4. Desenho Livre e Desenho da Família



No DL denotou-se por parte do M. comportamentos de apelo e sedução para com o observador, como se, tivesse medo de não ser aceite. O desenho dotado com alguma ambivalência, representando/projetando o seu conflito interno.

Descreve a história como “ uma menina que ia apanhar uma flor para dar á mãe e de repente começou a chover e foi para casa ” (sic). Manifestou um desejo de agradar “ flor para dar à mãe ” (sic), mas ao mesmo tempo, uma ambivalência de sentimentos que o conteúdo do desenho lhe possa causar, “começou a chover e foi para casa” (sic). O colorido do desenho (flor) versus o desejo não concretizado. Porém não representa no desenho nenhuma personagem da mãe.

No final executa a cor preta, no canto da folha uma grande pedra. As linhas ou traço são relativamente vigorosos e a sequência desenhada foi da esquerda para a direita, o mais comum e geralmente normativo (Campos, 2007).

Em relação à pressão, pode-se afirmar que o M fez muita pressão no grafismo, tem traços fortes, o que pode sugerir que o M se encontra extremamente tenso.

No DF representou a sua família, foi colaborante durante a tarefa embora só tenha feito qualquer verbalização quando desenhou a figura do pai. Começou por desenhar as nuvens e o sol, e depois juntou em primeiro lugar a figura da mãe do lado esquerdo da folha, de forma concentrada e investida, mas lento na execução da tarefa. Depois desenhou a segunda figura e verbaliza que é o pai. Executou de forma muito rápida sem dar importância a detalhes, mantendo sempre um traço muito carregado, principalmente na zona da cabeça, e tem ainda menos cuidado nos detalhes, mantendo apenas o traço muito carregado (boca de cor vermelha).

Podendo induzir algum conflito paterno, impressão que pode ser confirmada quando verbaliza “ é o pai está com cara de mau ” (sic).

O M fez um desenho com poucos elementos, um pouco empobrecido. Poder-se-á dizer que o estilo patente nos desenhos do M é essencialmente realístico e contido, pois desenha figuras muito pequenas, tendo um tipo de apreensão do real a nível racional que é mostrado através das linhas direitas dos seus desenhos (figuras humanas estão representadas sob silhuetas esquemáticas), pelo que sugerem uma fase gráfica pré-esquemática associada a alguma rigidez (Campos, 2007).

No DF não representou a sua figura, pelo que se pode inferir uma auto-desvalorização ou sentimentos negativos em relação a si mesmo.

Através dos desenhos o M demonstrou que é uma criança frágil, carente, com necessidade de afeto e de relação.

A avaliação psicológica inclui ainda o despiste de problemas comportamentais e emocionais, por intermédio de outros instrumentos (entrevista, observação direta, testes de avaliação psicológica de cariz emocional), prova projetiva, C.A.T.-A.

Nesta prova, contrariamente ao esperado, apesar das suas grandes competências linguísticas, o M do ponto de vista afetivo/emocional apresentou uma narrativa pobre, elaborou histórias curtas, muito ligadas ao conteúdo manifesto. Perante imagens de figuras de autoridade, solidão e onde se propunha existirem relações mais próximas foi incapaz de elaborar qualquer tipo de história, acabando apenas por enumerar os vários objetos que se encontravam representados, sem que houvesse qualquer tipo de relação entre eles. Denotou-se uma divisão entre bons e maus, em que os bons eram as personagens mais desprotegidas e os maus figuras de autoridade, tidas como agressivas e más que só podiam ser abordadas quando desvalorizadas, como se fossem um perigo iminente. No que diz respeito às identificações, o M identificava-se com os personagens mais indefesos ou com os mais agressivos, o que nos leva a pensar que poderá existir uma identificação ao agressor e, ao mesmo tempo medo deste.

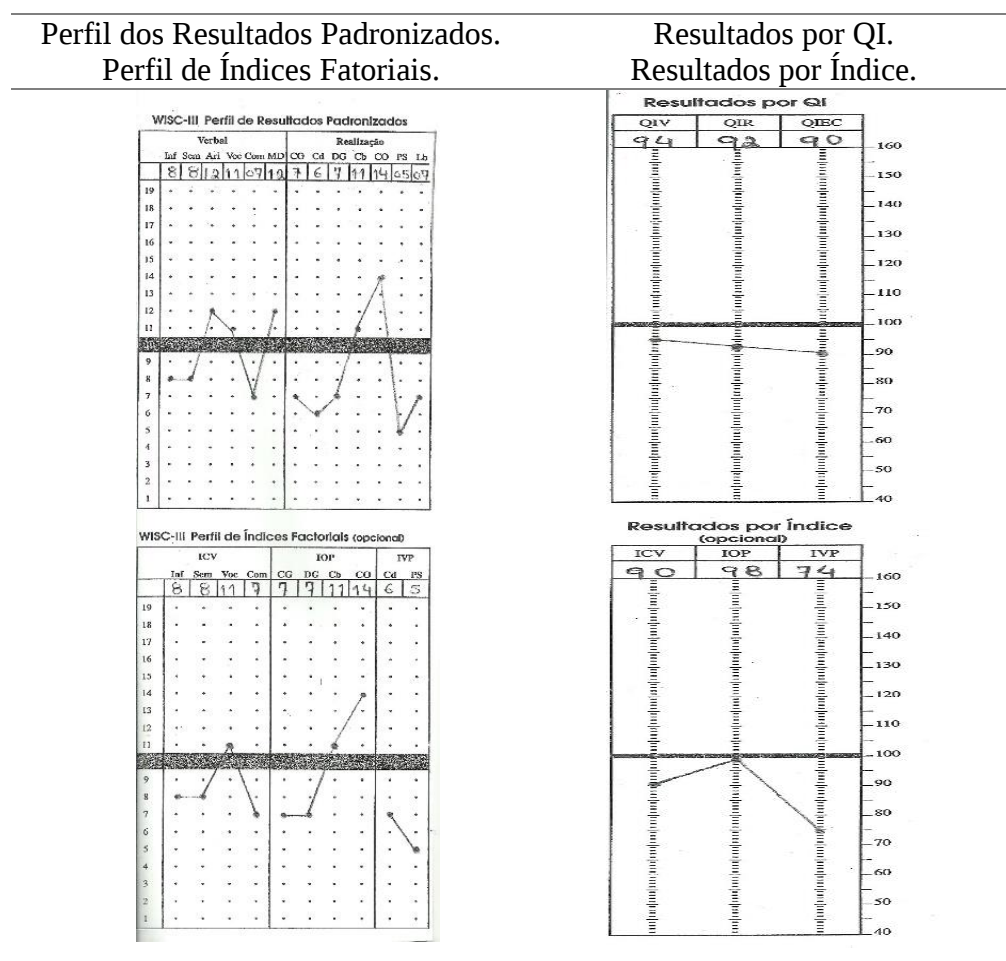
Análise dos resultados dos testes de dinâmica intelectual.

Na Figura Complexa de Rey (FCR) aderiu com aparente dificuldade à tarefa proposta, mostrou-se inicialmente um pouco inibido, necessitando da proximidade do observador para conseguir dar continuidade a tarefa proposta.

Manifestou alguma dificuldade de esquematização espacial, onde os resultados obtidos em figuras complexas estavam muito inferiores à média para a sua idade, apresentando uma postura apelativa. Expressou uma grande insegurança perante dificuldades inesperadas, nomeadamente na execução de tarefas mais complexas ou apenas desconhecidas. A ansiedade que deixava transparecer levava-o a apelar ao observador, necessitando do suporte de um adulto para executar tarefas com alguma continuidade. Deste modo, foi sugerida pela orientadora a aplicação da forma B. Nesta prova aderiu sem dificuldades e existiu uma maior adaptação e confiança na execução da tarefa proposta. No que diz respeito à avaliação cognitiva, aplicação da WISC-III, o M apresentou um nível cognitivo ligeiramente abaixo da média para a sua idade, com um perfil homogéneo entre os resultados verbais e de realização, conforme tabela 12.

Tabela 12.

Perfil de resultados da Escala de Inteligência de Wechsler - WISC-III



No entanto, verificou-se que existiam subescalas cujos resultados se encontravam abaixo da média intra-individual (código, pesquisa de símbolos, complemento de gravuras e disposição de gravuras), estando todos estes subtestes relacionados com a atenção, concentração, adaptação a novas aprendizagens e capacidades de planificação e organização. Estes resultados, dificuldades de organização perceptiva, vão ao encontro dos obtidos na FCR, igualmente inferiores à média para a sua idade.

A nível da linguagem, encontra-se na média esperada para a sua faixa etária, apresentando um vocabulário adequado e uma boa articulação de palavras.

A nível oral a sua leitura é corrente (faz paragens apenas com sentido lógico) e expressiva (com pontuação e expressão episódica e continua), e não ocorrem omissões nem substituições.

O seu discurso é organizado, expressivo e compreensivo revelando um pensamento ordenado e lógico para a idade. As suas verbalizações são espontâneas, fala de um modo impulsivo e com um ritmo acelerado, tornando-se por vezes verborreico.

Manifesta alguma dificuldade em expressar as suas emoções, mas tenta pensar e refletir acerca de determinados assuntos quando em avaliação.

A sua atitude corporal, e o constante olhar à procura da resposta numa tentativa de confirmação das suas competências, transmitiu-nos um forte sentimento de constrangimento e sofrimento psíquico.

Segue-se uma descrição das sessões ao longo da avaliação psicológica realizada.

4.1.3. Sínteses das sessões.

Nas primeiras sessões (1ª e 2ª sessão), inicialmente ambos participaram da consulta, observou-se a interação entre mãe e filho e a concordância nos temas explorados. Quando colocada alguma questão, a mãe tomava a iniciativa de responder, dando o seu ponto de vista que depois era confrontado com a opinião da criança.

Frequentemente o M interrompia as explicações da mãe e precipitava as respostas, por vezes antes mesmo de estas serem terminadas. Para além da recolha de informação, pretendia-se promover e facilitar em simultâneo o estabelecimento de aliança terapêutica com a criança e também com a mãe.

Numa segunda fase pediu-se à mãe para esperar um pouco na sala de espera, proporcionando-se assim a recolha de informação especificamente com a criança.

Foram abordados outros aspetos da vida da criança, sem centralizar a consulta especificamente nos comportamentos ou dificuldades do M. Procedeu-se à continuação de recolha de informação e estabelecimento de aliança terapêutica

No entanto, gostaríamos de referir que tanto durante a 1ª sessão de entrevista, como nas seguintes de aplicação de testes, a nossa postura foi sempre a de facilitar o M um espaço de liberdade, segurança, compreensão e aceitação, nunca dirigindo ou orientando. Explicando o modo de funcionamento dos testes, e percebendo quer por observação visual, quer por escuta nas verbalizações do M sobre como ia vivenciando cada momento, respondendo-lhe empaticamente à forma como experienciava cada momento.

Na 2ª sessão existiu por parte do M uma aceitação em desenhar. Revelou no início uma postura tensa, apreensiva, hesitante, com alguma dificuldade em manter contacto visual com o técnico. Apresentava-se por vezes disperso e alheado, com dificuldade em concentrar a sua atenção.

Nas sessões seguintes comparecia acompanhado pela mãe. Quando esta não podia, vinha acompanhado pela avó materna. No final das sessões partilhávamos alguns acontecimentos, e a avó menciona que ultimamente o M “ encontra-se insuportável e que a mãe lhe faz as vontades todas ” (sic).

Ao longo do processo de avaliação demonstrou ser uma criança simpática, sorridente, observadora, cordial e sintónica, de agradável e fácil contacto revelando mesmo prazer na relação com o outro. Contudo, por vezes apresentava-se tímido, reservado, inseguro, hesitante e com dificuldade em expressar as suas emoções.

Com o decorrer da avaliação apresentou-se colaborante e empático, tornando-se mais comunicativo, com um discurso estruturado e organizado, conseguindo expressar as suas emoções, algo que apenas foi possível após estabelecida a relação técnico – cliente. Aderiu com facilidade às diferentes provas que lhe foram sendo propostas, mas perante uma situação que exigia uma maior competência intelectual, mostrava-se inseguro, ansioso, e desistia de imediato, tendo evidentes dificuldades em manter-se por períodos prolongados numa mesma atividade, e em organizar-se de forma autónoma.

Na 3ª sessão (aplicação da FCR), o M mostrou-se aparentemente motivado e empenhado durante a sua realização, mas perante as dificuldades que enfrentava necessitava de apelo e aprovação, e suporte de um adulto que permitisse executar as tarefas com alguma continuidade.

Na 4ª e 5ª sessão (aplicação da WISC-III) o M apresentou-se na sua grande maioria apreensivo, com uma postura tensa, quando exposto às suas dificuldades, por vezes impulsivo. A sua postura manteve-se expectante e apreensiva, observando atentamente as reações do examinador face ao seu desempenho, ao mesmo tempo que tenta controlar a situação ansiogénica através de perguntas como: “ O que é que estás a escrever? ” (sic) ou, referindo-se ao cronómetro, “ quanto tempo? ” (sic). Ao mesmo tempo, apresenta-se ávido de mostrar as suas capacidades, utilizando uma linguagem rica, mas negando as dificuldades com que se depara quando o grau de exigência era mais elevado, “ não é muito difícil ” (sic), numa atitude de auto-incentivo.

Nesta prova verificámos ainda que a aplicação de uma mesma técnica é tão diferente em função da criança, é importante captar os aspetos qualitativos, da reação, atitudes, comportamentos face ao teste, dados como a persistência ou não nas tarefas, o humor e o estado emocional da criança.

Ao longo da avaliação, podemos observar (5ª e 6ª sessão) demonstrou dificuldade e instabilidade identitária, afetos restritos, alguma angústia e relações interpessoais ambivalentes. “ Às vezes chego a casa, peço ao pai para brincar comigo, mas ele diz que está a ler o jornal ou a ver televisão, e quando a mãe chega a casa está cansada do trabalho ” (sic). Perante a descrição dos factos, ficava inquieto na cadeira, batendo nas pernas demonstrando a sua dificuldade em lidar com o seu sofrimento físico e emocional. A nível afetivo o M é uma criança insegura, com dificuldades de afirmação, impulsivo, com baixa auto-estima, sem figuras de referência revelando necessidades afetivas para se sentir seguro e apoiado no meio que o rodeia, permitindo-lhe deste modo sentir-se integrado socialmente.

No que respeita à relação com o técnico, estabelecia um contacto visual quase permanente, e o seu olhar era expressivo. Por vezes sentia necessidade de agradar e de ser compreendido, quando lhe era refletida a sua postura e demonstrando entendimento relativamente à mesma, parecia sentir-se melhor consigo próprio e com toda a situação.

As sessões eram sempre muito animadas e bem-dispostas, tinha sempre algo de novo para contar, para perguntar, para descrever, e fazia duma maneira tão particular e característica. A postura que adotava fazia lembrar um adulto, muito direito (apesar de mexer constantemente as mãos e as pernas) e com discurso elaborado.

Na última sessão (7ª sessão), e de acordo com o pedido de AP (pedopsiquiatra /escola), pedimos ao M para vir à consulta acompanhado pela mãe, de forma a dar o *feedback* da avaliação, e encaminhar o processo com o propósito de entregar o relatório de AP, em mão pela mãe à diretora de turma.

No final da avaliação coube-nos conter sugestões no relatório de AP, para intervenção e encaminhamento considerados imprescindíveis para o reforço das competências apuradas. A devolução presencial dos resultados à família e à criança, após a conclusão do exame psicológico pareceu-nos ser de importância significativa. No sentido de manter informados e implicados, e de clarificar a informação veiculada em todo o processo psicológico realizado.

Em relação à elaboração do relatório de AP queremos fazer uma breve referência. Foi necessário ter muito cuidado e responsabilidade com a linguagem utilizada, uma vez que o relatório da avaliação terá provavelmente bastante impacto para a criança, ao longo do seu desenvolvimento, e para os seus agentes educativos.

Procurámos ter em conta que outros profissionais de saúde podem não fazer a mesma leitura dos resultados. Assim, não nos fixámos em resultados quantitativos, pelo que a clareza e ausência de ambiguidade são aspetos fundamentais na elaboração destes componentes da avaliação (relatório de AP do caso, encontra-se em Anexo D).

No que diz respeito ao processo terapêutico, este pretende a autonomização da criança e essas condições ainda não estavam asseguradas para que isso ocorresse.

Porém, a condução do caso seria agora levada a cabo pela pedopsiquiatra da unidade, pelo menos durante mais uma sessão, na qual se discutirão os frutos do nosso trabalho e analisar-se-ão os resultados com vista à continuação do acompanhamento pedopsiquiátrico.

4.1.4. Conclusão.

Ao longo da AP o M demonstrou ser uma criança simpática, curiosa, de fácil empatia e agradável contacto, sensível e carente emocionalmente, que demonstrou encontrar-se bastante centrada nos conflitos parentais. Na sua postura parecia existir uma ambivalência de sentimentos em relação ao ambiente familiar existente sentido pelo M de forma angustiante e frustrante. Pareceu sentir-se pouco valorizado e acarinhado pelo seu pai, e a mãe, sentida como pouco disponível para estar com ele.

A nível afetivo, as suas dificuldades parecem, estar relacionadas com o investimento parental e na relação com pais. As identificações que realizou dão conta de alguma imaturidade e dependência afetiva, e necessidade de algum afeto, procurando essa necessidade especialmente junto da mãe.

Durante as sessões e através da aplicação das provas projetivas foi possível vivenciar algumas dificuldades emocionais e angústia de separação da imagem maternal. O conteúdo é contido e concreto, dando conta de dificuldades de comunicação, onde a sua linguagem não é utilizada com carácter simbólico, o que nos pareceu de forma bastante clara, na incapacidade que o M demonstrou face ao pedido de narrar histórias.

No seu desenvolvimento é fundamental estabelecer relações familiares saudáveis e estáveis, onde se sinta apoiado e seguro, pela fase de desenvolvimento que se encontra e pela instabilidade existente, a comunicação e diálogo constante, como forma de compreensão e orientação, são aspetos fulcrais. De acordo com Strecht (1997), a criança que não é pensada, não poderá pensar; que não é amada, não poderá amar (-se); se não é investida pelos pais, dificilmente desejará conhecer e aprender, pois terá dificuldade em organizar-se e conhecer-se.

A nível escolar e relacionamento com os pares, são registados comportamentos agressivos. Perante a existência destas dificuldades, pode estar a baixa auto - estima, baixa tolerância à frustração, disforia, rejeição, humor deprimido e acesos de raiva (Scaramella & Nepl, 2008). Estas dificuldades no relacionamento com os pares podem também explicar e /ou reforçar as suas dificuldades escolares.

Em relação ao plano terapêutico, consideramos de maior importância a continuidade de acompanhamento na consulta de pedopsiquiatria da USMIJ, de forma a gerir melhor os seus problemas emocionais (insegurança, desmotivação e agressividade para com os pares), promovendo assim um bom desenvolvimento psicossocial, e encontros regulares com a mãe, para tentar restabelecer o seu equilíbrio interno, consolidar a sua auto-estima, diminuir os sintomas por ele vivenciados, levando-o a compreender-se melhor, assim como o ambiente que o rodeia. No sentido de lidar melhor com as suas dificuldade e dúvidas, solucionando os seus problemas e crescer no sentido da realização das suas reais potencialidades.

No meio escolar, será fundamental o papel dos professores que estão diariamente com o M.

Ou seja, é essencial que exista uma relação educativa e compreensiva para que as suas dificuldades sejam atenuadas de modo a torná-lo mais confiante e motivado, valorizando sempre os seus progressos, e integrando a sua família em todo este processo de modo a consolidar novas estratégias para ajudar o M. Refere-se a necessidade de integração da criança ao abrigo do Dec – Lei 3/2008, que deve abranger, um apoio pedagógico personalizado centrado nas áreas académicas onde existe maior dificuldade, adaptando estratégias e reforçando competências (Correia, 2005).

4.1.5. Análise clínica e discussão do caso.

O processo de AP permitiu observar no M algumas áreas problemáticas especificamente ao nível do funcionamento cognitivo e sócio - afetivo, sendo nítida uma imaturidade global à qual estão associadas as dificuldades ao nível do processo de autonomia, características regressivas/apelativas e dificuldades emocionais.

A impressão geral proveniente dos resultados sugeriu também insegurança afetivo-emocional associada as figuras parentais, essencialmente à materna, uma impressão que concorda com o sentimento de insegurança emocional manifestados recentemente pela criança.

Em relação à elaboração de um psicodiagnóstico, partimos do pressuposto que se pode considerar discriminatório, estigmatizador e redutor da especificidade de cada pessoa como única, privando-a da sua dignidade e individualidade (Pires, 2003/2004).

O M. foi diagnosticado na consulta de pedopsiquiatria da unidade com uma PHDA, estando medicado com Metilfenidato ® e com Resperidona®. No nosso entender, a introdução destes psicofármacos, só melhoram a sua capacidade de concentração e atenção, e muitas vezes o tratamento com psicoestimulantes pode surgir organizações depressivas (Golse, 2010). Outro aspeto a salientar, é que na maioria das vezes a medicação não é útil na melhoria de patologias associadas à PHDA, como a perturbação de oposição e desafio (Lobo-Antunes, 2009)

Porém após a avaliação formal do caso, tivemos em consideração os requisitos inerentes à metodologia da unidade. Deste modo, para uma maior informação clínica, e tendo em conta o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2002) utilizados pelos técnicos da unidade, a avaliação psicológica teve também como objetivo obter um conhecimento mais completo e abrangente da dinâmica emoci-

onal e relacional da criança, com a realização do diagnóstico diferencial adequado, contribuindo para o despiste de problemáticas emocionais, comportamentais e/ou perturbações psicológicas.

Assim, este caso parece-nos tratar-se da Perturbação Hiperativa com Défice de Atenção (PHDA), do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Na verdade, os sintomas preencheram os critérios do DSMIV (Eixo – II: 314.01), falta de atenção e de concentração, impulsividade e baixo rendimento escolar.

O défice de atenção manifestado pelo M. é evidente através de sintomas como frequente dificuldade de concentração e manutenção da atenção e distrações fáceis e constantes. Evidencia igualmente sintomas de hiperatividade – impulsividade nomeadamente movimentos excessivos das mãos, quando sentado, mexe as pernas constantemente. Os sintomas descritos característicos quer do défice de atenção quer da hiperatividade – impulsividade, estão presentes em diversos contextos como na escola e em casa e prejudicam significativamente o funcionamento social e académico da criança.

Assim, o trabalho realizado na AP confirmou as hipóteses levantadas após a primeira avaliação diagnóstica (pedopsiquiatria da USMIJ).

Todavia, a questão diagnóstica fulcral consistiu em avaliar se os níveis de atividade, grau de impulsividade e défice de atenção interferiam significativamente (ou não) com o desempenho escolar, relações com os pares e funcionamento familiar e se causavam grande sofrimento ao M.

No caso do M a distração fácil pelas dificuldades na atenção seletiva; as limitações no controlo de impulsos e no cumprimento de instruções condicionavam a lentidão na realização de tarefas, com consequente ineficácia, baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima. Contudo, os resultados da avaliação demonstraram que o M. tem boas capacidades, mas pareceram encontrar-se comprometidas, refletindo-se na sua postura de desinteresse e desmotivação, essencialmente nas atividades de cariz escolar e na presença de sintomas emocionais.

Alargando o nosso quadro conceptual podemos colocar a hipótese de este panorama sintomático preencher os requisitos de PHDA. Porém poderá não se verificar uma real patologia, mas sim resultado das suas dificuldades relacionais e emocionais.

De acordo com a observação realizada, verificamos que o M tem muitas dificuldades em obedecer às diretrizes parentais, resultante da sua resistência ao controle. Ao não perceber os sentimentos que o rodeiam torna-se difícil para ele a sua compreensão de regras e de conduta. Na base do seu comportamento agressivo e disruptivo, pode estar a autoridade da sua mãe, com quem tem uma relação intensa, ora demonstrando muita dependência da mesma, ora revelando um espírito demasiado independente, rebelde e com muita resistência em aceitar os limites impostos pela mesma.

Por outro lado, o M desde muito cedo demonstrou uma grande carência afetiva, necessitando sempre de estar ao lado da mãe para adormecer. Atualmente, sente a sua falta, que se ausenta com alguma regularidade por motivos laborais, e quando chega casa “vem sempre cansada do trabalho” (sic) e dedica uma maior atenção e disponibilidade ao irmão mais velho, por ser uma criança com cuidados especiais (autista, invisu- al). O M “tem ainda muitos ciúmes, onde manifesta comportamentos hostis e desafiadores agredindo-o constantemente para que fique com medo dele” (sic).

Ainda ao nível da dinâmica familiar, queremos salientar as grandes dificuldades do casal, desde o início da sua vida em comum (agressões físicas inclusive durante a gravidez, e após o nascimento, separando-se do marido diversas vezes) em estabelecer um projeto de família, estabelecendo-se entre a mãe e a criança uma relação privilegiada, em que o pai é excluído e se deixa excluir.

Perante esta situação familiar o M sente falta de um ambiente familiar organizado, seguro e sólido, onde possa sentir-se amado. Sendo essencial para um equilíbrio estável, e para um bom desenvolvimento emocional da criança. Neste aspeto a família tem um papel fundamental, auxiliando na construção do seu desenvolvimento do seu e da sua auto-estima estabelecendo relacionamentos afetivos estáveis e estruturantes que lhe preencham o vazio relacional (Alarcão, 2000; Barkle, 2005).

Por fim, gostaríamos de sublinhar que este caso implicou apenas uma avaliação psicológica e não beneficiou de acompanhamento psicológico na consulta de psicologia. Ao longo deste período o M apenas foi acompanhado em contexto pedopsiquiátrico, o que pode implicar um agravamento da problemática em causa.

Esta é uma metodologia da própria unidade, em que os casos são considerados prioritários na consulta de pedopsiquiatria, e que implica uma grande dificuldade no que diz respeito ao trabalho do psicólogo na unidade.

Em termos de prognóstico, espera-se que as estratégias de intervenção dirigidas diretamente à problemática em questão permitam uma evolução positiva do caso. Mais especificamente, espera-se ter contribuído para o fortalecimento de competências para lidar com o défice de atenção e concentração, dificuldades relacionais.

4.1.6. Reflexão do caso.

Através do trabalho realizado foi possível mostrar a contribuição da psicologia clínica para uma melhor compreensão da psicopatologia infantil, bem como demonstrar o papel do psicólogo clínico numa equipa multidisciplinar.

No processo de Avaliação Psicológica (AP) procurámos um conhecimento aprofundado dos métodos e dos recursos, e tentámos promover um progressivo saber envolvendo-o tanto com a pessoa na sua dimensão psicológica, como com os outros profissionais de saúde.

Deparámo-nos com algumas inseguranças pelo facto, de este caso, já ter sido acompanhado e avaliado anteriormente na consulta de pedopsiquiatria da unidade, e encaminhado para nós para a realização de uma AP.

Apercebemo-nos da nossa responsabilidade, assim como da resultante necessidade de um trabalho cuidado agregando ao vasto leque de outras informações, à articulação dos resultados dos vários testes numa só conclusão, à metodologia da realização do relatório clínico adequando-os ao motivo e ao pedido de AP.

Ao nível das dificuldades por nós sentidas, foi uma mais-valia poder contar com a disponibilidade da orientadora de estágio, na transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, que naturalmente foram surgindo, permitindo a consolidação de conhecimentos, novas aprendizagens e aquisição de competências.

Este caso suscitou ainda inúmeras pesquisas, entre as quais sobre o término da relação terapêutica, pois tivemos dificuldades em deixar de apoiar e acompanhar o M pela perceção da sua necessidade de apoio e ajuda na consulta de psicologia, para além do acompanhamento pedopsiquiátrico existente.

A preferência pela escolha da apresentação deste caso clínico deveu-se ao interesse em aprofundar os nossos conhecimentos sobre a problemática em questão, e à qualidade da relação empática ao longo das sessões.

O M desde o primeiro encontro manifestou ser uma criança extremamente comunicativa, de fácil relacionamento e cativante. A sua energia, e o seu entusiasmo e motivação na terapia eram contagiantes. Sentimos que habitava nesta criança inúmeras histórias, sonhos, fantasias, mas moravam também receios, medos e desassossegos. Conseguir aceder a estas particularidades no M, foi uma conquista maravilhosa.

Perceber que aquela criança inicialmente tímida, reservada e receosa, era afinal um “traquinas”, desejoso de brincadeira e conseguir levá-la a desvendar essa sua face-ta, sem medos nem receios, deixou-nos empolgados, cheios de orgulho.

Foi este o processo com o qual nos deparámos ao longo da AP. Inicialmente uma criança cheia de desassossegos, mas que se foi revelando afinal uma criança como as outras, sonhadora, com muito por brincar.

Em consulta, era uma criança extremamente educada e atenciosa, muito interessado e empenhado em todo o processo. Assim como a mãe, que se coloca sempre à disposição e levava muito a sério todo o processo terapêutico.

Por estes motivos, pensamos que se trata duma família e particularmente de uma criança com a qual se poderão alcançar resultados muito satisfatórios através da terapia. Sendo este aspeto motivador e revigorante para a progressão e empenho na avaliação psicológica realizada.

4.2. Caso Clínico B: Acompanhamento Psicológico

O caso clínico B, de acompanhamento psicológico efetuado por nós em dezoito sessões, teve a duração de quarenta e cinco minutos cada.

Em relação à fundamentação teórica do caso, elegemos a Ludoterapia Centrada na Criança (LCC).

Esta abordagem baseia-se na obra de Carl Rogers e pretende explorar a importância do processo terapêutico na consulta psicológica, explorando a empatia, confiança e disponibilidade para a mudança, mediante as condições necessárias e suficientes.

Seguidamente, apresentamos a história clínica e familiar do caso (Tabela 13), o processo de intervenção, onde expomos a nossa compreensão do mesmo, a conclusão, e por fim, a análise clínica e reflexão pessoal.

Tabela 13.

Historia Clínica do Acompanhamento Psicológico

HISTÓRIA CLÍNICA	
Pedido	☐ Consulta externa do hospital
Motivo	☐ Perturbação alimentar (recusa alimentar, vômitos)
Queixa atual	☐ Dificuldades alimentares
Antecedentes Pessoais	☐ Gravidez não planeada. Parto eutócico sem complicações. ☐ Marcos do desenvolvimento dentro dos parâmetros normais. ☐ Hospitalização (primeiro mês cirurgia freio da língua)
Antecedentes familiares	☐ O agregado familiar (mãe e avós maternos) ☐ Único filho do casal. Divórcio aos 5 meses ☐ Relações familiares, muito próxima com a avó materna ☐ Mãe com traços depressivos
Observação da criança	☐ Desenvolvimento estado-ponderal adequado ☐ Afetos (ansiedade, impulsividade)
Hipóteses clínicas	☐ Dificuldades relacionais (Relação mãe – criança).
Intervenção Terapêutica	☐ Proposta de Acompanhamento Psicológico

4.2.1. História clínica e familiar.

O R é uma criança do sexo masculino, caucasiana, com cabelos negros, rosto redondo e um olhar expressivo, de agradável e fácil contacto. Tinha três anos e onze meses, à data da realização da primeira consulta, e frequentava o pré-escolar.

O pedido foi solicitado pela consulta externa de medicina e reabilitação do hospital, e foi encaminhado para a consulta de psicologia na USMIJ, por apresentar dificuldades alimentares (seletividade/recusa alimentar e vômitos).

Da observação realizada podemos verificar que o R tem um desenvolvimento estado – ponderal dentro da média esperada para a sua idade, apresenta-se com um aspeto limpo e cuidado, mas por vezes encontra-se demasiado investido (roupa) em relação à estação do ano.

Ao nível do contacto com o outro, é uma criança simpática e espontânea.

A sua linguagem é rica, apresenta um bom vocabulário, apesar de ter alguma dificuldade na articulação de algumas letras (troca “ R ” pelo “ L ”, e o “ B ” pelo “ V ”), sendo expectável para sua idade.

Em relação aos seus antecedentes pessoais, o R é o primeiro e único filho de um casal jovem, fruto de uma gravidez não planeada, mas desejada.

A mãe menciona que “ era muito nova e imatura ” (sic) quando engravidou.

A gravidez decorreu sem intercorrências, o parto foi eutócico, de termo, sem grandes complicações. Foi amamentado ao peito durante o primeiro mês, fez uma boa adaptação. A partir do primeiro mês passou para o aleitamento artificial, por apresentar um problema físico, disfunção no freio da língua. Após o diagnóstico médico, o R fez uma intervenção cirúrgica, e adaptou-se sem dificuldades. As papas foram introduzidas na altura indicada, e posteriormente, fez uma boa introdução aos sólidos.

Relativamente ao sono, “ era um bebé que dormia bem, mas tinha que ser acordado para mamar ” (sic).

Os marcos do desenvolvimento psicomotor foram atingidos dentro dos parâmetros esperados para a idade, tendo uma boa tonicidade global. Fez o controlo dos esfíncteres diurno e noturno aos vinte e quatro meses sem intercorrências posteriores.

Em relação aos antecedentes familiares, nos primeiros tempos de vida, os cuidados foram prestados pela mãe, tendo apoio do pai e familiares próximos. Aos cinco meses de idade, os pais separam-se. Este período é descrito como muito conturbado e angustiante. Após o divórcio, a mãe foi viver para a casa dos seus pais, e o R passou a dormir no quarto dos avós em cama própria.

Da sua história médica destacam-se algumas dificuldades alimentares. A partir dos vinte e um meses, as papas e sopas tinham que ser bem passadas, e “ se misturava algum alimento menos passado, por exemplo o grão, vomitava ” (sic).

Aos vinte e dois meses os sintomas são descritos como intensos, e inicia a recusa de alimentos. A sua alimentação passa a ser baseada em papas, recusando qualquer tipo de alimentos sólidos, exceto bolachas, iogurtes e fruta passada, dadas pela avó.

A mãe indica que por vezes tinha de recorrer ao “ biberão e era alimentado durante o sono ” (sic). Menciona ainda, que o R dormia “ com a mão na boca para não comer, e sempre vomitou com muita facilidade ” (sic). Diz que “ também têm essa dificuldade, se come entre as refeições, vomita ” (sic).

Após a entrada para o infantário (três anos idade), os sintomas diminuíram, e começou a alimentar-se de uma forma mais diversificada (e.g. papas, bolachas simples fruta assada bem moída, batatas fritas, gelatina e iogurtes líquidos).

Relativamente à história clínica da mãe, ressaltam alguns aspetos que nos preocupam e que passamos a descrever. Na primeira consulta chega atrasada, e manifesta alguma fragilidade emocional. Entra no gabinete a chorar, com a voz a tremer e um soluçar constante. Justifica o seu comportamento, verbalizando que já tinha estado no local da consulta, mas que andou perdida nos vários edifícios do hospital.

Na primeira sessão com a mãe do R foi usada a entrevista semi – estruturada, na qual teve a liberdade de expor os seus problemas começando por onde desejasse, incluindo o que lhe pareceu relevante, focando assuntos segundo uma ordem por si escolhida. Ao longo da entrevista clínica, apresentou uma boa capacidade de comunicação e uma linguagem rica. Contudo, a fragilidade que deixava transparecer leva-nos a apelar à mãe a continuidade dos afetos positivos desta em relação a si.

Da primeira observação foram vários os aspetos que nos pareceram importantes. Estávamos perante um pedido da mãe, uma criança que apresenta dificuldades (alimentares?), assim como, uma mãe sentida como altamente frágil e ansiosa.

Durante a entrevista, expressa uma excessiva preocupação em relação ao seu filho, e uma grande dificuldade do casal desde o início da sua vida em comum. Esta complexidade é visível em inúmeras situações.

A mãe refere que quando vivia com o pai do R discutiam frequentemente, “ trabalhava e estudava na universidade, e foi muito difícil gerir toda a situação ”. Sentia uma grande instabilidade emocional e financeira devido à sua idade. Atualmente estabelece uma relação com pai do R, mas sem conhecimento da família.

A nível emocional refere ainda, que já foi seguida neste hospital na consulta de psiquiatria, por apresentar sintomas depressivos, e que desistiu voluntariamente do tratamento, porque “ pensava que estava bem e não necessitava de mais consultas ” (sic), inclusive dos psicofármacos prescritos.

A nível social apresenta-se muito reservada e isolada. Diz que não tem amigos, e “ saía apenas na altura que estudava ”. Nos fins de semana permanece em casa, “ de forma a estar mais disponível para ao R ” (sic).

A nível familiar refere que quando foi viver para casa dos seus pais, teve muitas dificuldades no relacionamento com a sua mãe, nomeadamente, na educação (limites e regras) do seu filho, tendo um estilo parental permissivo, com uma postura submissa face ao ambiente familiar existente. Sendo que, a avó materna passou a alimentar o R e a levar-lhe à escola. Existindo assim, uma inversão de papéis, em que avó assume o papel materno.

Atualmente fazem parte do agregado familiar o R, a mãe e os avós maternos.

A mãe é uma mulher pouco investida, e com uma grande labilidade de humor.

A nível académico é licenciada em gestão, mas nunca exerceu o curso profissionalmente. Atualmente trabalha como secretária numa empresa pública.

Os avós maternos são reformados, e aparentam ser afetuosos na relação familiar. A avó apresenta-se com um estilo parental autoritário, e o avô parece ter um papel pouco ativo no ambiente familiar.

O pai tem o 12º ano de escolaridade, e a nível profissional é técnico de informática. Em relação à família paterna, não é estabelecido qualquer tipo de contacto, somente uma relação mais próxima com o pai, promovendo a socialização do R aos fins de semana. Da história do pai, não existe qualquer situação específica nem outras características sócias – económicas relevantes, nem problemas afetivos identificados.

O R parece dar-se bem nas relações familiares, e não é registado qualquer dificuldade na relação com o pai, nem com outras relações sociais.

Na escola é uma criança sociável, e parece dar-se bem nas relações com os pares e educadora. Têm preferência para brincar com animais, e andar de bicicleta.

4.2.2. Síntese das sessões.

Ao descrever a síntese das sessões do presente caso clínico, consideramos que era mais alusivo expor o Acompanhamento Psicológico (AP) dividido por momentos, de forma a compreender o seu desenvolvimento e evolução, dado o número de sessões realizadas. Não queremos, com esta divisão, veicular a ideia de que as diferentes fases são estanques e que os resultados finais resultam do mero somatório das mesmas. Pelo contrário, assumimos que a mudança é feita de avanços e recuos e, ao longo processo, sentimos a necessidade de voltar a etapas anteriores, em relação à nossa intervenção.

Na tabela 14, indicamos sinteticamente cada um dos momentos, e posteriormente descrevemos, alguns aspetos considerados pertinentes ao longo do Acompanhamento Psicológico (AP) realizado.

Tabela 14.

Momentos do Acompanhamento psicológico

	Tipo de Intervenção	Objetivo	Nº Sessões
1º Momento	Indireta	Observação Clínica	5
2º Momento	Direta	Supervisão Direta	3
3º Momento	Direta	Supervisão Posterior	8
4º Momento	Direta	Intervenção Familiar	5
5º Momento	Direta	Término AP	2

Nota: Supervisão Direta (AP realizado com a orientadora, presente nas sessões).

1º Momento: observação clínica.

As primeiras sessões foram realizadas pela orientadora, com periodicidade semanal, com a duração de quarenta e cinco minutos.

O processo de intervenção decorreu ao longo de cinco sessões. A orientação dada a este caso foi psicodinâmica.

Após a realização da entrevista clínica (anamnese), a mãe foi convidada a participar na primeira sessão com o R.

Da observação realizada, não se registou nenhuma desadaptação por parte da criança, pelo contrário após uma breve apresentação pessoal da orientadora, o R deslocou-se de imediato para o armário, e começou a explorar alguns brinquedos.

A relação terapêutica estabeleceu-se com naturalidade, e não foi percebida como estranha. Contudo, ao contrário do que era esperado, estabeleceu uma relação evitante com a sua mãe, não solicitando esta em nenhum momento da sessão.

Nas sessões seguintes, vinha sempre acompanhado pela avó materna, e encontrava-se na sala de espera sempre muito agitado e irrequieto.

Ao longo das sessões realizadas pela orientadora o R pareceu ser uma criança sociável que interagiu facilmente com os adultos e com as outras crianças.

2º Momento: supervisão direta.

A partir deste momento, as sessões foram realizadas por nós. A orientadora estaria presente na 1ª, 2ª e 3ª sessão (supervisão direta) de forma a possibilitar a passagem do caso clínico.

Em relação à intervenção clínica a estagiária inspirou-se nos princípios da Ludoterapia Centrada na Criança (LCC). A opção por esta abordagem justifica-se pelo facto de o psicólogo, com esta orientação filosófica e terapêutica tem uma perspetiva de respeito pelo outro, apoiando o outro no seu desenvolvimento.

O nosso principal objetivo é a compreensão das vivências do R, dos seus sentimentos e dificuldades, de compreender as suas dinâmicas e incongruências no sentido de promover um crescimento psicológico (Rogers, 2004/1951).

No início do acompanhamento o R encontrava-se um pouco apreensivo e hesitante, comunicando mediante o seu comportamento. Deste modo, adotamos também pela ação e pelo jogo simbólico, onde tivemos de ter uma capacidade de comunicar corporalmente, de ter uma abertura para a experiência, e estar presente integralmente com o R, existindo assim, uma maior probabilidade de entrar em relação.

Considerámos que era essencial estar na relação com a criança, compreender e partilhar todos os minutos da sessão com ela. Nesta perspetiva, acompanhámos todos os momentos através da compreensão empática, permitindo transmitir um acolhimento de aceitação e consciência de si. Procurámos acima de tudo, que a criança sentisse aquele espaço como seu, sentisse liberdade e auto – confiança necessária para poder expressar as suas emoções (Rogers, 2004/1951).

Ao longo do AP tivemos como objetivo evitar interpretações, controlar ou mudar o *setting* terapêutico. Seguindo assim, o ritmo e necessidades da criança. Na nossa perspetiva (LCC) devemos confiar na capacidade de cada indivíduo para desenvolver as suas capacidades, sendo o nosso papel, como psicólogos, o de providenciar apenas as condições necessárias e suficientes à facilitação desse crescimento psicológico, seria essa a nossa função, na relação com o R (Rogers, 2005/1942).

Nas primeiras sessões, o R mostrou-se desconfiado, pouco disponível para a relação, onde passava o tempo a brincar sozinho. Tinha uma preferência em brincar com animais, e encenava sempre grandes batalhas e lutas entre as personagens.

Esta indisponibilidade para a relação demonstrada inicialmente pelo R traduzida numa ausência de contacto psicológico levou a assumirmos uma atitude centrada na criança, onde expressávamos a nossa compreensão, através de respostas de compreensão empática. Neste ponto, foi estabelecido um paralelo com a pré-terapia proposta por Prouty (2001). As suas respostas de compreensão empática assemelhavam-se analogamente a este tipo de respostas, particularmente as reformulações de situação (e.g. estás à procura de mais animais, pareces estares zangado!). Permitiram, a pouco a pouco, estabelecer o contacto psicológico essencial, pela experiência de um espaço vivido e compreendido a dois.

Nas primeiras sessões (1^a/2^a sessão), o R mostrou ser uma criança bastante acessível, mas com algumas resistências a nível dos jogos simbólicos que realizava.

Demonstrava alguma incapacidade na sua organização e pouca segurança em si mesmo, e a sua instabilidade era constante. Quando perdia ou desistia do jogo, manifestava alguma agressividade e frustração. Neste aspeto retomamos aos conceitos de Axline que considera que os comportamentos desajustados parecem constituir uma prova das tentativas do indivíduo para se aproximar da realização completa de si, ainda que de uma forma distorcida, pouco ajustada (Axline, 1972/1947).

A ludoterapia revelou-se então, o caminho para a relação terapêutica com o R. Através desta forma de intervenção, ser-lhe ia dada a oportunidade de, a brincar, expandir os seus sentimentos, libertá-los, esquecer-los ou aceitá-los e integrá-los na sua experiência. Então, o processo terapêutico a que nos propusemos permitiria a esta criança, adquirir o sentimento necessário de valor pessoal, uma consciência crescente de que possui, no seu interior, a capacidade de se aceitar e de assumir a responsabilidade da sua personalidade consciente, sincronizando o seu *self* interior com as formas de manifestar exteriormente, esse *self* (Axline, 1972/1947).

Ao longo das sessões, procurou-se estabelecer os limites do tempo dentro e fora do gabinete. Por exemplo, nas primeiras sessões (1^a, 2^a, 3^a) era muito difícil para o R despedir-se, existia sempre um pedido insistente para continuar ou começar um novo jogo de uma forma totalmente indiscriminada, face ao anúncio do fim da sessão.

Em relação aos limites do tempo, a experiência mostra que a terapia tem mais probabilidade de prosseguir quando os limites do tempo são compreendidos e respeitados. Não sendo impostos como fins em si.

A consulta psicológica é uma relação humana, não um instrumento mecânico. Assim, é preferível dizer que se procurou desenvolver os limites, com a compreensão calorosa da necessidade que o cliente tem de infringi-lo. O limite do tempo, como qualquer outro limite, serve para dar à situação de consulta psicológica todos os aspetos da situação da vida real (Rogers, 2005/1942).

Um dos princípios da LCC é que o terapeuta deve estabelecer uma aceitação total e empática no relacionamento, de tal modo que a criança sinta completamente livre para expressar os seus sentimentos (Axline, 1972/1947). Então, o nosso papel passou por transmitir ao R que aquele era o seu espaço de liberdade, a sua hora, gerida por ele não cabia ao psicólogo dirigir o seu percurso.

Durante as primeiras sessões (1ª, 2ª, 3), ele manteve os seus jogos individuais, sem nos envolver na atividade lúdica, mantivemos por isso, uma atitude de aceitação, empaticamente presente, dando respostas de compreensão empática ao que ia sucedendo no decorrer do contexto terapêutico.

Na 3ª sessão, o R deu continuidade aos vários jogos que realizava, e não se dispersava facilmente. As suas ideias eram mais organizadas, e não mudava tanto de atividade, e pareceu sentir uma maior necessidade em partilhar o jogo com o psicólogo.

Exemplo disso foi o jogo com a casinha (família), onde colocou a mãe com o pai e o filho num piso, e noutro piso, os avós. Este desejo na estrutura familiar foi observado ao longo dos jogos simbólicos que realizou.

No final das sessões, manifestou preocupação com os jogos, e só se tranquilizou quando garantimos que este ficava guardado num lugar seguro. Começou a valorizar as atividades lúdicas, e a relação consolida-se gradualmente e vai adquirindo um carácter de confiança, o que contribuiu para o estabelecimento de uma aliança terapêutica, que atesta a importância da nossa aceitação.

3º Momento: supervisão posterior.

Com o decorrer das sessões (4ª, 5ª, 6ª, 7ª sessão), já nos encontrávamos incluídos nos seus jogos. Contudo, demonstrava alguma necessidade em controlar as tarefas propostas, e um interesse peculiar em escolher personagens heroínas. Começou a sentir necessidade de expressar as suas emoções, e já partilhava experiências/acidentes familiares.

Ao longo dos jogos realizados, não procurámos dirigir as suas ações ou conversas. Havia assuntos que o R evitava claramente ainda que fossem, pouco e pouco emergindo nos seus jogos e nas suas palavras, “ a mãe está sempre zangada, no outro dia bati com a porta com força ” (sic).

A nível afetivo, manifestava uma certa angústia, quando colocava a figura paterna e materna juntas. Posteriormente, separava as figuras, e tinha um comportamento impulsivo e agressivo com os materiais, desistindo de imediato do jogo simbólico. Demonstrando deste modo, a importância que tem na sua vida e as suas dificuldades em lidar com a separação dos pais.

Ao longo do AP, e quando em situação, íamos referindo ao R que na ludoterapia, existe uma liberdade completa para exprimir qualquer tipo de sentimento. Que poderia utilizar outros materiais, como por exemplo a plasticina para exprimir os seus sentimentos. O psicólogo estaria sensível às suas necessidades, aceitando-o, os sentimentos expressos na relação. A raiva que sentia pela separação dos pais, os sentimentos de conflito em relação à mãe, tudo isso podia exprimir.

Nas sessões elaborou alguns jogos dramáticos com a figura materna, centrado quase sempre na necessidade em tratar a mãe, sendo muito metódico e cuidadoso com os objetos que utiliza. Demonstrou alguns conflitos na relação com a mãe, e manifestou alguns comportamentos agressivos com os materiais, mas com alguma necessidade de carinho e reparações consistentes.

Ao longo do AP (8ª, 9ª, 10ª sessão) o R revelou um grande interesse na continuidade dos jogos realizados. Inclusivamente, pedia-nos no fim da sessão para guardar os brinquedos de forma a explorar na próxima consulta. Observa-se o R mais disponível e com um humor mais estável. O R começou a compreender o *setting* terapêutico como seguro, e o nível da relação terapêutica atual cimenta a importância do nosso grau de empatia, autenticidade e congruência como condições facilitadoras básicas do processo terapêutico (Rogers, 2004/1951).

Neste momento, salientamos que o R esteve ausente durante algum tempo por se encontrar de férias. Todavia, não se registou qualquer repercussão no processo, pelo contrário, observou-se uma mudança significativa no seu comportamento. Encontrava-se menos ansioso ao despedir-se de todo o *setting* terapêutico, e não percorria os corredores de uma forma totalmente indiscriminada, face ao anúncio do fim da sessão.

Pareceu-nos que começou a lidar melhor com a sua ansiedade, e conseguir adiar e guardar dentro de si a imagem da relação vivida no espaço de consulta. Esta mudança foi sentida por nós com enorme satisfação.

Ao perceber as atitudes do R como resistências, que têm um papel na segurança psicológica do cliente e que desaparecem por si mesmas quando deixam de ser necessárias, desde que as condições adequadas estejam presentes na relação (Hipólito, 2011), o que achamos ter sido validado no decorrer do processo.

Ao longo do processo terapêutico manteve-se uma criança muito dinâmica e expressiva, e interagiu facilmente com a plasticina, aguarela e giz. Em relação ao contacto com estes materiais, o R não apresentou qualquer dificuldade (aversão/repulsão) na sua exploração. Deste modo, podemos constatar que o comportamento descrito pela mãe era contraditório com o que se observou no espaço de consulta. O R não apresentou qualquer dificuldade em brincar com objetos maleáveis, como por exemplo a plasticina. Pelo contrário, encontrava-se motivado durante a atividade, moldando com entusiasmo o objeto pretendido.

Ao longo do AP foi observado através das atividades lúdicas, o motivo/queixa apresentada (dificuldades alimentares) pelos seus familiares.

Na 9^a e 11^a sessão o R demonstrou gostar de vários alimentos, como por exemplo: gelatina, pão com queijo, “ bolos com *chantilly* e de chocolate ” (sic).

No final das consultas, existia a oportunidade de a avó expor pontualmente as suas preocupações face ao desenvolvimento do seu neto, visto ser a pessoa que o acompanhava com frequência às consultas.

Na 10^a sessão, a avó descreve pormenorizadamente as dificuldades alimentares do R. Comenta que ele começou a alimentar-se de uma forma mais diversificada (e.g. pão, fiambre, iogurtes do infantário, tulicreme, fruta, batatas fritas estaladiças). Contudo, indica “ que os alimentos cozidos têm bastante dificuldade, ou seja, tudo o que é maleável faz-lhe confusão, e que na maioria das vezes não se alimenta, e passa o dia sem comer nada no infantário ” (sic). Em casa, “ para o alimentar tenho muitas vezes de recorrer ao biberão ou tem que comprar os iogurtes iguais aos do infantário ” (sic).

Na avó parece existir uma excessiva preocupação com o crescimento do seu neto, onde o vê como pequeno ou nutricionalmente em risco, fazendo elações a problemáticas mais complexas (e.g. alimentação baseada em pão e água), projetando no futuro

essas dificuldades na criança. Este tipo de atitude poderá ter uma maior probabilidade de aumentar as dificuldades alimentares.

Em relação às afirmações do cliente, procurámos que avó se centrasse no aqui e agora, nas dificuldades da criança neste momento. Tentou estabelecer essencialmente dois tipos de resposta. A simples aceitação daquilo que a avó descrevia, respondendo meramente com “ sim ”, “ compreendo ”, “ estou a perceber ”, “ hum hum ” ou alguma outra resposta deste tipo (Prouty, 2001). De modo a poder expressar os seus sentimentos sem reservas. A simples aceitação pode, por si mesma, reduzir a tensão emocional que possa sentir. Facilitando a expressão das suas preocupações, medos e desejos, ajudando, assim, a remover dificuldades emocionais que a tem impedido de ver o problema de forma frontal. Um outro tipo de resposta foi a reformulação do sentimento, o reconhecer e reformular as atitudes emocionais do cliente (Prouty, 2001).

Utilizámos este tipo de resposta ao longo das sessões com o R e voltámos a reformular este tipo de contacto com a avó, técnicas que Garry Prouty implementou no que designou como pré-terapia, e que se inscrevem na abordagem centrada na pessoa.

Nesta perspetiva é importante considerar a empatia com o cliente e não tanto a compreensão do significado da situação. Considerámos que o uso destas respostas contribuiu para um certo grau de desbloqueio e foram facilitadoras de uma maior compreensão da sua vivência e da empatia, isto é, de um contacto psicológico mais próximo.

Ao longo do AP tivemos como principal objetivo possibilitar o R crescer mais harmoniosamente possível nas várias áreas que engloba o seu desenvolvimento, e procurar o restabelecimento do equilíbrio interno do mesmo e da família. Procurámos dar importância ao *Self* do indivíduo, que é o desenrolar de experiências que se determinam o seu desenvolvimento. O *Self* é uma base fundamental para a formação da personalidade. Todavia, todo o seu desenvolvimento sofre o impacto de fatores como: o ambiente familiar, a saúde, as circunstâncias económicas, as interações sociais e o nível de educação. Todos estes fatores são externos, fazendo parte do ambiente da criança, influenciando nas funções orgânicas e características psicológicas (Rogers, 2005/1942).

Rogers (2009/1961) após efetuar vários estudos sobre o desenvolvimento do *Self* verificou que no caso de um comportamento familiar inadequado, dever-se-ia resolver o problema com a família. De forma a tentar modificar o auto-discernimento na criança.

A terapia podia ajudar não apenas a criança na relação terapêutica, mas também envolver os seus cuidadores. Enquanto a criança for efetivamente dependente dos pais, sujeita ao controle familiar, a consulta psicológica da criança isolada fracassa com muita frequência e pode mesmo aumentar as dificuldades.

Um AP eficaz com uma criança implica habitualmente os pais, para que todos possam fazer em conjunto as alterações que melhorem a adaptação. Neste caso a terapia com a mãe (com traços depressivos e ansiosos) e com criança, efetuada com psicólogos diferentes, parecia ser aconselhável porque se encontrava algumas condições: a criança não é ainda afetiva ou espacialmente independente da família; o problema radicava, numa medida apreciável, na relação mãe-criança; a mãe sente necessidade de ajuda, criando então uma ocasião para enfrentar a situação (Rogers, 2005/1942).

4º Momento: intervenção familiar.

A partir da 12ª sessão as consultas seguiram uma estrutura dual, isto é, uma sessão era dedicada à mãe (acompanhamento realizado pela orientadora), no sentido de fomentar a construção de uma equipa coesa, sendo a outra sessão dedicada exclusivamente ao R (acompanhamento psicológico realizado por nós), à mesma hora em gabinetes distintos. A mãe participava ativamente no processo, potenciando o seu papel na mudança. Na verdade, o envolvimento da família no processo terapêutico e na construção do plano de tratamento é um elemento fundamental da abordagem clínica, contribuindo para a aliança terapêutica e para a adesão ao processo (Bouça & Sampaio, 2002).

Ao longo do AP o R careceu de pouco tempo para usufruir do espaço de consulta, onde chegava geralmente atrasado (15 a 20 minutos) para a sessão.

Apesar de não usufruir de todo o tempo terapêutico, foi facilitado o espaço de abertura para o diálogo, e para a concretização das atividades lúdicas de forma a expressar os seus sentimentos. Aceitámos o ritmo marcado pela criança, e não procurámos apressar nem retardar qualquer aspeto particular do AP.

Com o decorrer das sessões (12ª/13ª) o R manifestava satisfação e prazer na relação terapêutica. Todavia, quando partilhava algo relacionado com a sua alimentação, mostrava-se impulsivo e agressivo, e tinha uma atitude defensiva, apoiando o seu discurso na avó materna como figura protetora.

Perante estes factos, procurámos proporcionar uma relação calorosa e compreensiva em que o R pudesse sentir suficiente seguro, o suficiente para ver como se sente a agir sem defesas e restrições (Rogers, 2004/1951).

Ao longo do AP, partimos de uma hipótese de base, que é através de uma relação de aceitação, em oposição a uma apreciação positiva ou negativa, reduz a necessidade de atitudes defensivas, permitindo, o R a explorar novas formas de sentir e de se comportar (Rogers, 2005/1942). O nosso objetivo foi compreender e ver as coisas através dos seus “olhos”, de modo a clarificar verbalmente o sentimento que exprimia.

Procurámos através desta e de outras formas, uma relação que permitisse sentir-se autenticamente aceite e respeitado, tal como ele é nesse momento. Assim, a percepção por parte do R, da nossa atitude, pareceu ajudá-lo a estar menos ansioso e agressivo na relação. Pareceu ajudá-lo a exprimir, tanto os aspetos vistos como positivos, como os aspetos vistos como negativos, e a estabelecer entre eles uma certa integração, facilitando a auto-consciencialização e aceitação de si.

No final das sessões existia sempre um pedido insistente por parte do R em dar continuidade à atividade lúdica realizada, pelo facto da mãe ainda se encontrar em consulta com a orientadora. Dada esta situação, coube-nos reforçar os limites terapêuticos, nomeadamente, os tempos da sessão, conferindo uma certa estrutura ao processo terapêutico, mostrando um papel organizado (Rogers, 2004/1951).

Na 13ª sessão o R comunica que faltou ao colégio para poder vir à consulta, e que estava com saudades da doutora dos brinquedos. Sentimos que a nossa função era antes de mais uma relação entre um que se dirige a outro e um a quem este outro se dirige, num quadro e num contexto particular, que tem por essência o “estar com” (Doucroux-Biass, 2000, p.55). Sentimos que a relação terapêutica é em si mesmo uma experiência de crescimento, e que o calor emocional da nossa relação, começa a experimentar um sentimento de segurança, à medida que descobre que, seja qual for a atitude de exprimir, ela é compreendida e aceite quase da mesma maneira como ele a vê.

Apercebemo-nos que o R sentia a relação como segura, e podia perceber, pela primeira vez, novos aspetos do seu comportamento. Começou-se a observar um R mais estável e menos inquieto, e com comportamentos mais adaptados às situações.

Verbalizava com um ritmo mais calmo e coerente. Já partilhava de forma espontânea sobre acontecimentos ou situações familiares, e já éramos convidados a participar

nos seus jogos. Manifestava um interesse gradual nas brincadeiras experienciadas, e um novo interesse em associar os seus desejos aos nossos.

Nas atividades lúdicas continuava a haver algumas lutas e batalhas, mas já não sentia necessidade em controlar e dominar o jogo, nem em magoar o adversário. Por exemplo nas sessões anteriores, os seus jogos favoritos (baú disfarces), era derrubar o adversário. A sua energia era imensa e superior à nossa.

A partir deste momento vê-se que o adversário ajudou, em parte a R. Pensamos que se tornou evidente que existem em si mesmo, emoções e sentimentos negativos, mas há medida que os exprime e se sente aceite, facilitou a expressão dos mesmos, e a sua compreensão através do olhar do outro (Rogers, 2005/1942).

Neste processo o terapeuta aprende a vivenciar a situação como este o vê, e aceita-o. Aprende os aspetos contraditórios que foram negados à consciência e também os aceita fazendo parte de si. Estas duas formas de aceitação revestem-se do mesmo calor e do mesmo respeito. A criança experimenta no outro uma aceitação dos dois modos de si mesmo. Descobre que é capaz de fazer experiências de si como sendo uma pessoa que tem sentimentos hostis, que tem outros tipos de sentimentos e fazê-los sem culpabilidade. Sente que pode fazê-lo, porque uma outra pessoa foi capaz de adotar o seu quadro de referência, de ver como ele vê e, além disso, de captar a situação com aceitação e respeito (Rogers, 2005, 2004).

5º Momento: término do acompanhamento psicológico.

O 5º momento sucedeu-se após um período férias, e foi proposto pela orientadora que o AP seria realizado quinzenalmente, dadas as mudanças ocorridas e a sua evolução.

Ao longo do término do AP foi pedido à mãe para acompanhar o R às consultas, no sentido de devolver o que foi observado e concluído. No final das sessões partilhávamos em conjunto sobre todo o processo terapêutico realizado.

No decorrer do AP, podemos observar a existência de alguns sinais de instabilidade emocional (e.g. ansiedade, insegurança, agressividade, impulsividade, instabilidade, desorganização). Contudo, estes foram dissipando ao longo das sessões.

Ao confiarmos no R, na sua tendência atualizante, e através da relação que procurámos desenvolver, pudemos perceber que o processo terapêutico propiciou, determi-

nadamente, o ciclo de mudança (Rogers, 2005/1942). A alteração pessoal que se processou, na relação facilitou, em paralelo, a adaptação do R a outras situações.

A realização orgânica de cada pessoa está intimamente ligada à relação que ela estabelece com o seu meio, com a sua realidade, social e afetiva.

Isso tornou-se visível na 17 sessão, quando perguntámos se gostaria de partilhar algum assunto específico. O R aborda espontaneamente a separação dos seus pais. Estas expressões mostram o que o processo terapêutico significa para o R. A libertação de experiências, que até então inibidas a criança tentava evitar. O confronto claro com as suas necessidades orgânicas e com toda a situação (Rogers, 2005/1942).

Pensamos que, ao longo de todo este processo, o R aprendeu a conhecer-se a si próprio, e por isso já é capaz de se dar a conhecer, aos outros.

Deram-se tantos passos, o R manifestou uma confiança tal, que prevíamos com gosto a continuação do acompanhamento psicológico.

Todavia, o término do acompanhamento psicológico aproximou-se (18ª sessão), e não podíamos esquecer que esses passos e essa confiança são já uma indicação de que o fim se aproximou e de que não era necessária mais assistência.

4.2.3. Conclusão do caso.

De acordo com os dados observados, o que nos parece ter contribuído para as dificuldades alimentares do R relaciona-se com o sistema familiar atual.

A avó e a mãe apresentam estilos parentais diferenciados no que concerne à forma como lidavam com o problema da criança. A mãe tem um estilo permissivo e acredita que R deveria comer sem ser forçado e, por isso, era muito paciente e cedia a todos os seus pedidos, embora se mostrasse irritada em alguns momentos. A avó, por sua vez, desempenhava o papel autoritário, exigindo que o R provasse um ou outro alimento. Na verdade, a ausência de uma ação conjunta e consistente por parte da família fazia com que R acabasse por conseguir ingerir apenas alimentos passados ou líquidos. Assim, em termos desenvolvimentais, o R não só fracassou na tarefa de transição dos alimentos líquidos para os alimentos sólidos, como também viu comprometida a sua autonomia. Na verdade, o problema favorecia uma incipiente separação/autonomia do R em relação à família já que, por exigir cuidados especiais (só comia a comida feita pela avó), precisava manter-se próximo da família e de algum modo afastado do exterior.

Vale salientar que os problemas alimentares podem constituir indicadores de dificuldades emocionais entre os pais e a criança. Por outro lado, as relações familiares emaranhadas e a superproteção são fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Alarcão, 2006; Davies et al., 2006).

No caso do R a relação com a família, sobretudo com a avó, era marcada pela proteção, o que acabou por funcionar como mais um fator de manutenção do problema e de evitamento do confronto com situações percebidas como ameaçadoras.

Do ponto de vista do sistema familiar, a persistência deste padrão familiar (baseado na proteção) poderá colidir com as finalidades individuais de autonomia de R, o que não permite que a família evolua ao nível do ciclo vital e acabe por manter os sintomas. A mãe parecia ser uma pessoa bastante vulnerável, o que podia impulsionar um pedido de ajuda ao terapeuta. A mãe vive uma situação conjugal difícil, vivenciou um divórcio, mas ainda namora com o seu ex-marido sem conhecimento da família. Este segredo familiar pode trazer para si grande desgaste emocional.

Ainda a nível familiar, teve muitas dificuldades na relação com a sua mãe, e expressou os seus sentimentos, embora certos aspetos da sua experiência não estejam de acordo com a ideia que faz de si mesma o que lhe gera um estado de *stress* e de ansiedade. Para que este sofrimento possa ser amenizado e transformado e alcançar alguma harmonia, necessita de uma maior segurança e autonomia. Esta vivência precisa ser compreendida e integrada na sua identidade, para que possa dar um novo sentido ao seu projeto de vida e planear novas estratégias na sua vida afetiva e familiar.

Em relação ao plano terapêutico, o R já tinha sido acompanhado anteriormente na consulta de pediatria, na unidade desenvolvimento, e excluído qualquer problema orgânico. Foi encaminhado para nós, para realizar um AP de forma a compreender a sua realidade. A procura de ajuda neste momento relaciona-se com o facto de a mãe considerar que o problema, dificuldades alimentares (seletividade/recusa alimentar) já se arrastou durante muito tempo, podendo vir a causar dificuldades ao R. no futuro.

Na impossibilidade de realizar uma terapia familiar, a solução por nós encontrada foi de realizar um acompanhamento psicológico à mãe e outro ao filho, com psicólogos diferentes (orientadora e estagiária), assim como, os momentos potencialmente terapêuticos no fim das sessões com a avó, que iam ocorrendo ao longo do processo.

Acreditamos que este contexto de ajuda permitiu uma maior compreensão para a problemática apresentada.

4.2.4 Análise clínica e discussão do caso.

Em relação ao motivo apresentado (dificuldades alimentares) parece ter origem na atual relação entre os seus cuidadores e a criança, ou na forma como é considerada essa relação, que resulta de um processo longo de desenvolvimento, que torna a psicogénese inatingível a uma observação primária (Branco, 2010).

A família é importante para o desenvolvimento e saúde dos seus membros, sendo que o nascimento do R correspondeu a alterações no ciclo de vida familiar, e levou a uma nova adaptação individual e sistémica. (Gouveia, Pires, Hipólito, 2015).

A ampliação do sistema familiar foi vista como positiva, no entanto, existiram grandes mudanças na vida dos seus pais, e após o seu nascimento, nomeadamente na disponibilidade de tempo e financeiramente, que foi algo negativo e que implicou deterioramento na relação marital (Dyrdal & Lucas, 2013 citado por Gouveia et al.,2015) chegando mesmo à rutura. Os pais divorciaram-se quando o R tinha apenas cinco meses, o que poderá indicar que as mudanças necessárias após o seu nascimento não foram suficientes e/ou adequadas resultando na quebra da relação e consequente separação do casal. Após o divórcio, a mãe foi viver para casa dos seus pais, e o R ficou aos cuidados da avó materna, inclusive, dormia no seu quarto, em cama própria.

Neste sentido, houve uma alteração na dinâmica familiar, existindo uma maior proximidade com a avó, o que poderá ter gerado implicações na relação mãe e filho. Esta inversão de papéis (mãe/avó) poderá ter sido desfavorável para a criança, e ter determinado algumas manifestações ao nível da expressão somática, comportamental e relacional. Outro aspeto a salientar, é que a mãe indica que a nível financeiro não sente autonomia suficiente para viver sozinha com o seu filho. Embora esta vivência de sentimentos manifeste uma carga emocional de desgaste e sensação de impotência, a sua expressão é muito importante porque permitirá aceder e refletir sobre as suas necessidades de autonomia e na importância para a relação.

Outro fator que afeta a sua segurança emocional, a sua auto-estima e os seus verdadeiros objetivos, é a sensação em retomar novamente a relação com o pai do R. Não sabe o que quer, e têm medo de arriscar novamente na relação, não consegue tomar ini-

ciativas ou delas retirar as satisfações esperadas, onde se sente bloqueada nas suas decisões. Quando Hipólito (2011) descreve a teoria da dissociação e os sintomas do *self* organísmico, para o *self* desejado, a incongruência da mãe do R parece refletir-se nas dificuldades na relação mãe-criança, tal como no seu estado afetivo de forma inconsciente. O R deve crescer e desenvolver-se conforme a sua natureza humana, na presença de condições biopsicossociais, com valores mínimos, proporcionando a sua felicidade e satisfação (Hipólito, 2011).

De acordo com os requisitos do serviço foram levantadas várias hipóteses de diagnóstico. Dada a complexidade do AP realizado, e a forma como os sintomas foram descritos e observados, recorreremos aos manuais de classificação de perturbações na 1ª e 2ª infância, referenciados no enquadramento teórico do presente relatório, e à bibliografia que considerámos necessária à sua compreensão. Esta busca, embora tenha direcionado e suportado o nosso entendimento em relação à problemática, nunca nos distanciou da convicção de que estamos perante um caso particular, único na sua complexidade.

Referimos a classificação do DC-03R, devido ao período de desenvolvimento que o R. se encontrava (três anos) no início do AP, e por outro lado, a descrição dos sintomas persistiram com maior intensidade a partir dos vinte e um meses.

Assim, tentámos compreender a sua evolução, onde o R até aos três anos de idade, poderá ter-se organizado numa perturbação regulatória (Eixo I) entendida como uma dificuldade em regular os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção, motores ou afetivos, e em organizar um estado de alerta calmo ou de afeto positivo. No Eixo II, uma perturbação da relação (DC: 0-3R, 2005).

Todavia, e alargando o nosso quadro conceptual, excluímos esta hipótese clínica e a perturbação alimentar na primeira infância. De acordo com o DSM-IV (2002) a perturbação da alimentação da primeira infância (307.59) consiste numa falha persistente em comer adequadamente, que se reflete como um fracasso significativo para ganhar peso ou uma perda de peso significativa ao longo de pelo menos um mês (Critério A). Relativamente a este critério o R é uma criança que foi apresentada com dificuldades alimentares, recusa alimentar e vômitos. Contudo, estes dados contrastam fortemente com o seu aspecto físico, pois é uma criança rosada, bem nutrida até demais, e apresenta um bom desenvolvimento estado-ponderal. Não foi registado nenhuma condição gastrointestinal orgânica ou outra condição clínica, como por exemplo, do

refluxo gastro-esofágico (Critério B), ou por falta de alimentos disponíveis (Critério C), que justifique a perturbação alimentar (APA, 2002).

Existem ainda outras variáveis associadas consideradas preditivas sendo elas: ansiedade da mãe na gravidez, vinculação insegura, disfunção familiar e depressão.

Em todos os casos, a ansiedade e precipitação da mãe, como resposta a problemas alimentares situados na transição dos alimentos líquidos e papas para alimentos sólidos e perante a diversificação alimentar, parecem-nos determinantes na fixação de um padrão de rejeição ou recusa de novos dos novos alimentos por parte da criança (Linscheid et al., 2003).

No caso dos vómitos pode ter uma grande variedade de causas. As mais comuns são o excesso de alimento oferecido, seguido pela voracidade e rapidez com que algumas crianças comem e por atitudes extremas das mães, sobreproteção ou de falta de atenção. Em relação ao R pensamos que os vómitos se devem a dificuldades emocionais que a criança vivenciou, e devem ser entendidas como uma tentativa de chamar a atenção ou uma espécie de protesto (informação recolhida pela pedopsiquiatra da unidade). Em relação a este panorama sintomático podemos colocar a hipótese de estar associado a uma vinculação insegura.

Recorremos à classificação da CID-10, e identificamos a perturbação de vinculação com desinibição na infância (F94.2), em relação ao DSM-IV, no Eixo I, a perturbação reativa de vinculação da 1ª infância e início da 2ª infância, tipo desinibido (313.89). No Eixo II, perturbação da relação.

Este caso parece enquadrar-se numa perturbação de vinculação, em que a psicopatologia parental é um problema dominante, sendo de assinalar a sua particular gravidade. A mãe decide engravidar por motivos que não representam um verdadeiro desejo. Por outro lado, é uma mãe que não tolerava ou não se adapta às características e ao ritmo alimentar da criança. Após o divórcio as suas preocupações acentuaram sentimentos de culpabilidade, e preocupações excessivas e de angústia.

Na verdade o R desde cedo vivenciou contextos familiares vulneráveis (depressão materna, divórcio), encontrando-se diariamente exposto a fatores de riscos e considerou esta realidade como padrão de normalidade, porque esta é realidade que conhece. Outro facto deve-se quando aprofundámos e apercebemos as suas reais e verdadeiras

necessidades, que apesar de se encontrarem submersas nos seus pensamentos, possuía uma capacidade adaptativa para ajustar-se aos padrões do seu funcionamento familiar.

Como corolário final, gostaríamos de salientar que o serviço dirigiu a nossa reflexão também ao nível do psicodiagnóstico, contudo este é feito pela pedopsiquiatra. Apesar de levantarmos várias hipóteses clínicas, de perturbação alimentar com diagnóstico diferencial com perturbação de relação. Estes fatores não tiveram peso ao longo do acompanhamento psicológico realizado.

Ao compreendermos a problemática, descrevemos ao longo da conclusão, análise e discussão do caso, alguns aspetos que pareceram ser relevantes para o disfuncionamento familiar: a dinâmica familiar existente, nomeadamente, no que diz respeito à inversão de papéis, uma mãe, fragilizada que passou a sua função parental para a avó, e uma avó, excessivamente preocupada com a alimentação do seu neto, transmitindo ambas as suas preocupações e ansiedades para a criança.

Assim, concluímos que as situações e queixas apresentadas pareceu-nos ser o espelho das dificuldades relacionais presentes na família. Os diferentes estilos parentais que ambas apresentam podem ter um grande impacto no desenvolvimento da criança. A mãe do R. apresenta um estilo permissivo (atitude tolerante e de aceitação face aos desejos e ações da criança), e no outro extremo, o estilo autoritário, que avó apresenta (padrão de conduta absoluta, exige que tudo seja cumprido sem diálogo), pode significar dificuldades acrescidas no R, e causar desequilíbrios no seu comportamento alimentar. Pode ainda, causar uma maior vulnerabilidade, a criança pode revelar-se mais dependente, socialmente menos competente, menos motivado na realização das suas tarefas e mais agressiva (Pires, Hipólito & Jesus, 2010, 2009).

4.2.5. Reflexão do caso.

O AP, a sua descrição e análise, permitiu-nos, compreender e conhecer melhor a realidade do R. enquanto criança. Que apesar de todos os acontecimentos e situações de conflito interior, o R demonstrou uma capacidade de resiliência, na forma de lidar com os seus próprios sentimentos, e uma melhor capacidade em superar as suas dificuldades.

Pensamos que o AP ajudou o R a tornar-se uma criança mais organizada em torno dos objetivos, que ele foi aprendendo a escolher. Não ficou livre dos seus problemas nem houve nenhuma tentativa para realizar um objetivo artificial.

Sentimos que foi capaz de se libertar dos seus conflitos emocionais e que se tornou mais claros os seus problemas.

Do nosso ponto de vista, pretende-se com a minimização dos problemas ou dissipação dos mesmos, à medida que a personalidade do R se foi desenvolvendo, ou ir ao encontro de si mesmo. Assim, olhámos o ser único que sofre e contém em si a capacidade de se auto-regular se para tal lhe forem dadas as condições necessárias e suficientes (Rogers, 2009/1961). Considerámos que foi essencial estar na relação com a criança, compreender e partilhar todos os minutos da sessão com ela.

Apreciámos igualmente, o bom funcionamento na relação terapêutica, como ali-cerces necessários para o bom desenvolvimento pessoal, transmitindo o apoio e suporte necessário para o seu crescimento. Realçámos a existência de laços de afeto potenciadores de momentos de carinho no contexto terapêutico, e percebemos que o R possuía uma imagem bastante favorável em relação às sessões terapêuticas realizadas, sendo estas, de enorme satisfação, e reconhecida por nós.

Este processo permitiu-nos, compreender os seus sentimentos e pensamentos, trazer uma maior possibilidade de nos aproximarmos, um maior interesse e empatia na relação. Uma segurança absoluta de que não havia apreciação, interpretação, análise ou reação pessoal, por parte do técnico, o que permitia, gradualmente, ao R experimentar a relação como uma situação em que podia dispensar todas as suas defesas, uma relação que podia sentir, de facto, que podia ser ele próprio (Rogers, 2004/1951).

Esta experiência proporcionou-nos uma enorme gratificação representando um marco no nosso processo de aprendizagem na aplicação da terapia centrada no cliente. Relevamos o impacto deste caso não apenas no âmbito do trabalho clínico como na esfera pessoal. Numa fase em que ainda nos sentimos cobertos pela sombra da inexperiência. Ainda que nem sempre tudo tenha corrido como imaginava, nesta relação, também aprendemos que, com o tempo, o espaço e a relação podemos aprender sempre mais.

No plano das dificuldades por nós sentidas, salientamos a complexidade do caso existindo uma sofisticação árdua de decifrar conceptualmente. Verificou-se, assim, ser um desafio positivo, a conclusão e a análise clínica do caso, onde procurámos integrar os diversos dados do modo mais coerente, lógico e fundamentado possível.

PARTE V
CONSIDERAÇÕES FINAIS

V- Considerações Finais

5.1. Conclusão

A atuação dos psicólogos ao nível da intervenção e avaliação psicológica com crianças e adolescentes é vista por diversos autores como uma necessidade, mas também como um desafio (Navelet & Guérin-Carnelle, 2002). Num momento de crise económica em que o desfavorecimento a este nível poder ser um dos principais fatores de risco no desencadeamento de problemas emocionais e comportamentais durante a infância é fundamental que os psicólogos tentem encontrar o seu caminho em áreas de intervenção que tradicionalmente seriam exclusivamente médicas, mas que cada vez mais exigem uma maior colaboração entre os diversos profissionais de saúde (Navelet & Guérin-Carnelle, 2002).

Deste modo, com a realização deste estágio propusemo-nos enriquecer a nossa formação académica no que concerne à psicologia clínica em contexto hospitalar, em aprofundar os conhecimentos ao nível do diagnóstico, tratamento, prevenção e prognóstico, relativos às psicopatologias mais prevalentes no período que decorre entre a primeira infância e a adolescência. A USMIJ pela proximidade física com outras unidades pediátricas, pelo trabalho clínico diversificado, reuniu o potencial base para a concretização desse pressuposto. Pelo multifacetado das situações problema existiu uma cooperação estreita entre técnicos de formação básica distinta, pedopsiquiatras, pediatras, terapeutas da fala, entre outros, podendo assim, as problemáticas serem pensadas multidisciplinarmente, completando-se mutuamente em termos de terapêutica.

A faixa etária das crianças, sobre a qual incidiu o presente relatório, está compreendida entre os três e os treze anos. É importante referir este aspeto, pois tendo a consulta de psicologia o mesmo objetivo final em qualquer idade, decorre, contudo, de modo diferente caso estejamos a falar de bebés, ou de crianças em idade escolar.

Ao longo do estágio, existiram casos de simples intervenções junto dos pais, noutros de intervenções longas e profundas com as crianças. Alguns casos passaram pelo trabalho de um só técnico, noutros de um ou mais. Como se costuma dizer: cada caso é um caso, mas em todos eles, dada a situação dependente da criança, é fundamental que os pais estejam disponíveis para colaborar nos processos terapêuticos.

O trabalho realizado foi feito na relação, e em função dela, entre o psicólogo clínico e a criança, sem qualquer intermediário físico entre os dois, ou utilizando o desenho, e o brincar. A finalidade em qualquer dessas situações foi de observar a criança, através das várias manifestações externas que ela foi produzindo na relação, no aqui e agora, com o psicólogo. Foi interessante constatar, como a relação se estabeleceu, como a criança evoluiu; a sua mímica e postura; a linguagem, forma do discurso, e organização do pensamento; existência de movimentos afetuosos ou hostis.

A aplicação de testes psicológicos saiu fora do âmbito desta comunicação. Contudo, ao longo do relatório foi referida a utilização criteriosa dos testes, sempre que das consultas resultassem dúvidas acerca das potencialidades ou do funcionamento mental da criança, tentando-se assim esclarecer as questões levantadas ou pedidos específicos de outros técnicos da unidade.

Da nossa experiência clínica, os motivos de consulta foram predominantemente, às Dificuldades de Aprendizagem (DA), hiperatividade e déficit de atenção. Graças a este estágio, foi possível familiarizar com estas psicopatologias, consideradas as mais prevalentes nesta faixa etária, bem como consolidar os conhecimentos teóricos sobre as intervenções farmacológicas e comportamentais mais adequadas (Cruz, 2009).

Em relação à hiperatividade e déficit de atenção são aspetos considerados comuns no funcionamento normal das crianças. Contudo, é indubitável o aumento do número de crianças sinalizadas com esta problemática a frequentar o serviço público de pediatria, e grande parte delas encontram-se medicadas, apesar de opiniões contrárias, constatando-se que só um pequeno núcleo é considerado verdadeiramente patológico (Lobo-Antunes, 2009).

Relativamente às DA, não foram identificadas como um diagnóstico, mas sim como um processo de despistagem e de rastreio, visando uma intervenção psicológica e pedagógica mais adequada. Verificámos, ainda que as dificuldades escolares têm com frequência, consequências que se estendem a outros contextos, e muitas vezes aparecem famílias em que o que as une é unicamente o problema do filho/a resolvido deixará a descoberto um outro, porventura mais difícil de encarar (Marques & Cepêda, 2009).

Na nossa perspectiva as problemáticas apresentadas são encaradas apenas como um dos aspetos que, entre outros, se integra na totalidade da existência da criança. A questão primordial é como a criança lida consigo própria. O nosso papel foi de facilitar, e ir

ao encontro dos seus valores de forma livre e autêntica, com a finalidade de compreender os significados da sua existência, valorizando a sua construção, as suas emoções, pensamentos, crenças, comportamentos e relações (Rogers, 2009/1961).

Na intervenção clínica realizada foram utilizadas várias metodologias, o acompanhamento e a avaliação psicológica (entrevista clínica a criança e seus familiares, observação, aplicação de testes psicológicos, cotação quantitativa e qualitativa, realização de relatórios de avaliação psicológica, devolução dos resultados), que permitiram obter dados sobre as capacidades intelectuais, grafopercetivas e de personalidade.

Entre alguns elementos comuns encontrados nos casos clínicos observados, salientamos a dependência afetiva à figura materna. De uma forma geral, as crianças observadas apresentaram uma enorme carência emocional, como se, as identificações que realizavam tinham em conta a imaturidade e dependência afetiva, de perda de amor na dimensão relacional, vivenciando uma certa angústia em relação às figuras ou conflitos parentais. Embora tenhamos apresentado dois casos muito diferentes entre si (avaliação e acompanhamento psicológico), quer na problemática, faixa etária, em ambos se assistiu a um movimento de encontro com si-mesmo, um movimento que Rogers (2009/1961) definiria como tornar-se pessoa.

O primeiro caso tratou-se apenas de uma avaliação psicológica a pedido da pedopsiquiatra da unidade. Através do trabalho realizado foi possível mostrar a contribuição da psicologia clínica para uma melhor compreensão da psicopatologia infantil, bem como demonstrar o papel do psicólogo clínico numa equipa multidisciplinar.

O segundo caso, compreendeu um acompanhamento psicológico, que proporcionou um vasto interesse clínico, e possibilitou uma maior reflexão e análise, devido à sua complexidade e evolução ao longo do acompanhamento. Em relação a este caso, gostaríamos de salientar que iniciou o acompanhamento com apenas três anos e nove meses de idade. A ludoterapia centrada na criança revelou-se então, o caminho para a relação terapêutica com a criança. Ao confiarmos na criança, na sua tendência actualizante, e através da relação que procurámos desenvolver, pudemos perceber que o processo terapêutico propiciou, determinadamente, o ciclo de mudança. Pensamos que para o crescimento da criança, o processo psicoterapêutico baseado numa prática clínica humanista-fenomenológica, que considera a experiência vivida da criança e suas expressões, foi facilitadora para o seu desenvolvimento social, afetivo e cognitivo.

Como corolário final, julga-se pertinente refletir sobre o nosso posicionamento quanto à não realização de diagnósticos. Consideramos que as entrevistas iniciais auxiliaram a prática clínica realizada, no sentido de conhecer as percepções dos pais e da criança em relação aos seus sentimentos, de perceber como estão a lidar com eles, e como funciona o ambiente familiar em termos relacionais. Vale salientar que a nossa preocupação foi em torno da singularidade de cada criança e /ou família, levando em consideração o que é o sofrimento para cada um, e não encaixá-los em teorias pré-estabelecidas.

Julgamos de grande importância a contribuição de todas as abordagens e teorias de desenvolvimento da personalidade, assim como o conceito de normal e patológico que nelas se fundamentam. Todavia, não enquadrámos as pessoas em estruturas interpretativas, como se, fossem todas iguais, rotulando-as e encaixando-as em tabelas diagnósticas. Essa prática não é eticamente correta. O que é realmente verdadeiro para a criança, não o é para outra. Cada ser humano tem o seu próprio caminho, e o que pode representar grande ajuda para uma criança poderá ter baixa ou nenhuma funcionalidade com outra. Como refere Axline, não podemos desistir facilmente, e “ classificar ” um caso sem esperança (Axline, 1972/1947). Queremos com isto dizer que não é necessário dar a conhecer à criança que ela tem um problema. Esses termos funcionam como rótulos presos, para desculpar a nossa ignorância. Se, de facto, queremos aproximar-nos da verdade, cabe-nos olhar profundamente cada ser humano para compreender as razões do seu comportamento. Na nossa perspetiva, é necessário estar com e “ centrado no cliente”, nas suas idiossincrasias, reconhecendo que a fonte de todo o conhecimento reside na vivência intersubjetiva entre o cliente e o psicólogo (Rogers, 2004/1951).

Em relação as diferentes orientações teóricas presentes não apenas nos profissionais como nos colegas estagiários. Revelou-se, por um lado, enriquecedor mas por outro faz emergir a necessidade de uma revisão teórica fundamental à integração na unidade. Reconhecemos as diferentes abordagens (psicodinâmica predominante nesta equipa), no entanto, sentimos que é primordial, a abertura para a reflexão sobre a praxis quotidiana, numa base fenomenológica, como espaço de partilha de dificuldades, que avaliem e construam comportamentos e estratégias mais eficazes, assentes nos princípios da aceitação incondicional, da compreensão empática e da congruência.

Um outro aspeto a refletir é a seleção dos casos prioritários em consulta. Os casos referenciados na triagem são encaminhados na sua grande maioria para a pedopsi-

quiatria, e o tempo de espera até a marcação de uma próxima consulta é em média de quatro a seis meses. Dada esta situação, é necessário outro tipo de seleção, de forma que a triagem se revele mais eficaz. Se por um lado o tempo é limitado, por outro assistimos a uma consideração prioritária na consulta da pedopsiquiatria.

Deste modo, a atuação do psicólogo deve passar por diversos contextos e tipos de atuação. Sendo que é ao nível da consulta que grande parte da sua intervenção é realizada. Com crianças é importante a brevidade do acompanhamento de problemas ao longo do desenvolvimento, e também o despiste de problemas relacionados com as perturbações psicológicas mais comuns na saúde mental infantil e juvenil.

Também o modo como o encaminhamento tem sido efetuado deve ser repensado, sobretudo tendo em conta que quem faz o pedido (na sua maioria médico de família ou a escola) nem sempre está corretamente informado sobre o tipo de trabalho efetuado pelo psicólogo clínico em contexto hospitalar.

Assim, sugerimos alguns aspetos que podem melhorar a consulta de psicologia na unidade, não só ao nível da avaliação como também ao nível da intervenção: criação de um folheto informativo, a ser distribuído junto dos médicos de família correspondentes à área geográfica de assistência do hospital, explicitando as áreas de intervenção do psicólogo; identificação junto da comunidade escolar de áreas de atuação conjunta para uma melhor intervenção junto da população escolar; implementação de programas de formação e reuniões mensais dirigidas aos pais das crianças com perturbações do comportamento, passando a dar um maior enfoque à intervenção parental, de forma a proporcionar a construção de uma conceção mais humanista e integradora da condição humana, com o intuito de tornar possível uma consideração mais profunda da criança ou jovem na sua totalidade.

Terminado o estágio, alegro-me por ter optado pela USMIJ, já que esta constituiu, inequivocamente, uma mais-valia na minha formação enquanto futura psicóloga clínica. Os objetivos foram amplamente atingidos, pelo que me foi possível complementar a escassa formação de que dispunha nesta área, ao longo do curso.

A prática clínica foi indubitavelmente gratificante, permitiu-me sobretudo alcançar um “ olhar ” terapêutico e desenvolver uma relação de ajuda, compreender as verdadeiras realidades da criança, pensar no seu mundo, no mundo dos adultos que a acompanham, e de quem ela depende.

5.2. Reflexão Pessoal

Previamente a este estágio a nossa experiência na área de avaliação e intervenção psicológica com crianças resumia-se fundamentalmente a um nível de conhecimento teórico. Assim, este relatório traduz um longo caminho, que comportou uma série de anseios, preocupações e desafios.

A opção de realizar o estágio académico na USMIJ, ao nível do segundo ano de mestrado de psicologia clínica foi motivada pela vontade de crescer.

De um modo geral, foi possível fundamentar o gosto pelo desenvolvimento pessoal e profissional ao nível da psicologia clínica, assim como a maleabilidade e capacidade de adaptação que um psicólogo tem que ter em relação a todas as problemáticas com que contacta na sua prática profissional.

A nível do trabalho indireto, foi possível desenvolver atividades formativas (reuniões de leitura, conjunta e triagem), onde tivemos a oportunidade de promover a nossa formação, e colaborar no desenvolvimento das competências profissionais de toda a equipa, e assim contribuir para um maior conhecimento ao nível saúde mental infantil.

A nível do trabalho direto (atividade assistencial), existiu a possibilidade de realizar consultas de avaliação psicológica, consultas de triagem e acompanhamento psicológico permitindo por um lado, por em prática muitas observações e registos realizados e, por outro, confrontar com as próprias dúvidas e ansiedades.

Na consulta de psicologia, depreendemos que esta, não se apreendeu apenas nos livros e junto dos “ mestres ”, mas, a sua essência enriquecedora, como em qualquer processo evolutivo, e criativo, advém do próprio psicólogo clínico, da sua disponibilidade para estar com o outro, para dar sentido às vivências e aos pensamentos que em si vão brotando das múltiplas experiências proporcionadas por cada uma das sessões.

Ao longo da avaliação e intervenção psicológica com crianças, tentámos aprender e compreender o sentido de cada sintoma, de cada comportamento, de cada desenho, de cada interação, de cada observação, e da relação vivida no espaço de consulta.

O importante não foi estabelecer diagnósticos ou tentar chegar a um perfil de prognóstico para cada criança, pois tal não nos pareceu desejável, nem muitas vezes possível, mas sim identificar dificuldades, sentimentos, comportamentos, emoções, reações, sensações em cada criança em particular, para que fosse possível lidar com a sua realidade, que em muitas situações se apresentou como difícil e cruel (e.g. maus tratos, negligência, abuso sexual, perdas precoces, abandonos, psicopatologia parental).

No decorrer destes meses, pela primeira vez contactámos com uma realidade que, até então, apenas imaginávamos. Sentimos a responsabilidade de estar perante pessoas que confiam na competência e profissionalismo, abrindo o livro das suas vidas.

De entre as dúvidas, inseguranças e receios que sentimos, podemos afirmar que aprendemos que ninguém é menos competente por admiti-los.

Foi uma excelente prática profissional, após um longo percurso teórico que nos concedeu as bases para este crescimento. Marcado por uma ansiedade “ miudinha ”, com o receio de que as palavras se “ engasguem ”, ou que eram insuficientes para ajudar; ou que não se crie a tal empatia, tão essencial para uma boa relação terapêutica.

Para compensar os desequilíbrios, os primeiros passos foram surgindo, indiciano que o problema se foi dissipando e a felicidade começou a desenhar nos rostos de quem se tornou, mais do que um cliente.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto – DSM-IV-TR*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Axline, V. (1972). *Ludoterapia – A Dinâmica Interior da Infância*. (Trad. A. Coelho). Belo Horizonte: Interlivros. (Obra original Play Therapy, 1947).
- Baggerly, J. N., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2010). *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9781118269626.
- Barros, L. (2007). Psicologia Pediátrica e promoção da saúde. In J. C. Teixeira (Org.). *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*, 161-185. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baumrind, D., Larzelere, R., & Owens, E. (2010). Effects of preschool parents power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting: Science and Practice*, 10, 157-201.
- Bellak, L. & Bellak, S. (1952). *Manuel du Test d'aperception pour enfant C.A.T. et du supplement C.A.T.-S*. Paris: Centre de psychologie appliqué.
- Blanco, P. J., Ray, D. C., & Holliman, R. (2012). Long-term child-centered play therapy and academic achievement of children: A follow-up study. *International Journal of Play Therapy*, 21, 1–13. doi: 10.1037/a0026932.
- Braaten, E. (2007). *The Child Clinician's Report: Writing Handbook*. New York: Guilford Press.
- Bratton, S., Landreth, G., & Lin, Y. (2010). Child parent relationship therapy: A review of controlled-outcome research. In J. N. Baggerly, D. C. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice*, 267 – 293. Hoboken, NJ: Wiley.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 367–390, doi:10.1037/0735-7028.36.4.376.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *A Criança dos 3 aos 6 anos. O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Barcarena: Editorial Presença.

- Brites, R. & Nunes, O. (2009). Vulnerabilidade infantil e (des) organização familiar. *PSIQUE*, V, 19-33. Anais de Psicologia do Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Brites, R. (2002) “ Estórias Mal Aprendidas ” A intervenção ludoterapêutica numa criança com dificuldades de aprendizagem. *A Pessoa Como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 9/10, 73-85.
- Campos, D. (2007). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. (39^a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Campos, A. P. D. S., & Cury, V. E. (2009). Psychological clinical care: therapeutic encounters with children in a daycare center. *Paidéia*, 19 (42), 115-121.
- Cardoso, J. & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 4, XXXI, 393-406.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. (2nd ed.). New York: Routledge.
- Correia, L.M. (2004) Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 22 (2).
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- CHLN. (2009). *Departamento da Criança e da Família*. Retirado de http://www.chln.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organiza%C3%A7%C3%A3o/EstruturaOrganizacional/Ac%C3%A7%C3%A3oM%C3%A9dica/Departamento da Criança e da Família/Serviço de Pediatria/tabid/1079/Default.aspx#ID_3.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. Porto: Lidel
- Deldime, R. & Vermeulen, S. (2001). *O desenvolvimento psicológico da criança* (2^a ed.). Porto: Asa.
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Rede de Referenciação de psiquiatria e saúde mental*. Retirado de: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>.
- Dryer, R.; Kiernan, M. J. & Tyson, G. A. (2006). Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields. *Australian Journal of Psychology*, 58 (2), 79 – 92.

- Fonseca, A. (2004) *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. (2ªEd.) Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Frankel, M., Howard, R., Marika, Y-B. (2012). How nondirective therapy directs: The power of empathy in context of unconditional positive regard. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11, 3. doi:10.1080/14779757.2012.695292.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 421–430. doi:10.1037/0033-3204.42.4.421.
- Golse, B. (2010). *Entre a Hiperatividade e as Perturbações de Comportamento*. Colóquio apresentado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa. Associação Ser bebé/Arteterapias.
- Gouveia, P., Pires, M., Hipólito, J. (2015). O Novo Ciclo Familiar Após o Nascimento do Primeiro Filho. *PSIQUE*, XI, 135-160. Anais de Psicologia do Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Guerney, L. (2001). Child – Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 13-31.
- Guimarães - Lopes, R. (1993). *Clínica Psicopedagógica – Perspectiva da Antropologia Fenomenológica Existencial*. Porto: Hospital de Conde de Ferreira.
- Griffiths, R. (2004). *Escala de Desenvolvimento mental de Ruth Griffiths dos 2-8 anos*. (revisão 2004). Lisboa: Cegoc-Tea.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (6), 515.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Hogan, P. (2006). *Introdução à prática de Testes Psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.
- Hoover, J. & Patton, J. (2005). *Curriculum adaptations for students with learning and behaviour problems: Differentiating instruction to meet diverse needs*. Texas. Pro-Ed.
- Hunsley, J. (2002). Psychological testing and psychological assessment: A closer examination. *American Psychologist*, 57, 139-140.

- Hutz, C. S., & Bandeira, D. R. (2000). Desenho da Família. In J. A. Cunha (Coord). *Psicodiagnóstico-V*. (5ª ed.). (pp.513-518). Porto Alegre: Artmed.
- Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education*. Lanham: The Scarecrow Press.
- Klein, J. & Gonçalves, M. (2008). Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da Prevalência. *Psico-USF*, 13, (1), 51-58.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York. outledge. Taylor & Francis Group.
- Lambert, S. F., LeBlanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2005). Learning more about those who play in session: The National Play Therapy in Counseling Practices Project (Phase I). *International Journal of Play Therapy*, 14, 7–23. doi: 10.1037/h0088900.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Leal, I. (2008). *Entrevista Psicológica. Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Lerner, J. W. (2003). *Learning Disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies* (9th Ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lin, Y. C. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal Of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
- Lobo-Antunes, N. (2009). *Mal-Entendidos. Da Hiperactividade ao Síndrome de Asperger. Da Dislexia às Perturbações do Sono*. (4ª Ed.). Lisboa: Kapa.
- Machado, P., Veríssimo, M., Torres, N., Peceguina, I., Santos, A. J., & Rolão, T. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 26 (3), 463-478.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mark. M. W., Adia. G., John J., Ronit K. & Declan T. B., (2014) Humanistic experience and psychodynamic understanding: empirical associations among facets of self-actualization and psychological mindedness. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, doi: 10.1080/14779757.2013.855131.

- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003) *Psicopatologia do latente e da criança pequena*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Mejía, J. A. (2006). La terapia centrada en el cliente en un contexto psiquiátrico: del diagnóstico al encuentro con la persona. *Enseñanza e investigation en psicologia*, 11 (2), 399-411.
- Menezes, M., More, O., Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e os seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*, 2, XXVI, 227-238.
- Mendes, L. R., Fernandes, A., Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta pediátrica portuguesa*, 35, 341-7.
- Mitchell, D. & Houser-Cram, P. (2009). Early Predictors of Behavior Problems. *Journal of Early Intervention*, 32, (1), 3-16, doi: 10.1177/1053815109349113.
- Mucolo, A. (2010). The Stigma of Childhood Mental Disorders: A conceptual Framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 2, 92-101.
- National Joint Committee on Learning Disabilities (2006). *Learning Disabilities and Young Children: Identification and Intervention. A Report from the National Joint Committee on Learning Disabilitie*. Retrieved from <http://www.nasponline.org/advocacy/LDYoungChildren.pdf>.
- Navelet, C. & Guérin-Carnelle, B. (2002). *Os Psicólogos nas Instituições. Os Desafios de uma Profissão*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 113–141. Washington, DC: APA. doi:10.137/1207504.
- Nunes, O., Brites, R. & Hipólito, J. (2010). *Empowerment e relação terapêutica: dupla perspetiva*. *PSIQUE*, VI, 199-206. Anais de Psicologia do Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa como Centro-Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- OMS (2009). *Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspetiva global*. Alto comissariado da saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OMS (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Page, T., & Bretherton, I. (2001). Mother-and father-child attachment themes in the story completions of preschoolers from post-divorce families: Do they predict relationships with peers and teachers? *Attachment & Human Development*, 3 (1), 1-29.
- Pearce, P. (2011). Review of Person-centered and experiential therapies work: A review of the research on counselling, psychotherapy and related practices. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 39 (5), 501-504. doi:10.1080/03069885.2011.61140.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1979). *A Psicologia da Criança*. Lisboa: Moraes editores.
- Pires, M., & Brites, R (2011). *Estilos Parentais e Auto-Estima: Pais Resilientes ou em Crise?* Comunicação apresentada no II Congresso da Abordagem Centrada na Pessoa em Portugal, 25 a 26 de Fevereiro, 2011, Lisboa.
- Pires, M., (2011). *Valores, estilos parentais, stresse infantil e vivência emocional dos filhos*. Faro: Universidade do Algarve.
- Pires, M., Hipólito, J. & Jesus, S. N. (2011). *Questionário de estilos parentais para pais (PAQP) - estudos de validação*. VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação /Evaluación Psicológica & XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Livro de Actas.
- Pires, M., Hipólito, J. & Jesus, S. N. (2009). Estilos Parentais e Stress Infantil. *Actas I Congresso Luso-brasileiro de Psicologia da Saúde*. Faro: Soc. Port. de Psicologia da Saúde.
- Pires, P. (2003/2004). O psicodiagnóstico em contexto do *counselling* centrado na pessoa. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 11/12, 71-88. Lisboa: APPCPC.
- Ray, D. C., Lee, K. R., Meany-Walen, K., Carlson, S. E., Carnes-Holt, K. L., & Ware, N. (2013). Use of toys in child-centered play therapy. *International Journal Of Play Therapy*, 22(1), 43-57. doi:10.1037/a0031430.
- Ray, D. C., Blanco, P., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18, 162–175. doi:10.1037/a0014742.
- Ray, D. (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling*, 10, 428–440.

- Rey, A. (1998). *Teste de Cópia de Figuras Complexas*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em Português*. Série Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto.
- Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship o humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in Education: An International Journal of Personal, Social and Emotional Development*, 3, (29), 207-220. doi:10.1080/02643944.2011.599858.
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se Pessoa*. (Trad. Entre Letras). Lisboa. Padrões Culturais. (Obra original On Becoming a Person, 1961).
- Rogers, C. R. (2005). *Psicoterapia e Consulta Psicológica* (3ª ed.). (Trad. M. Ferreira). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original Counseling and Psychotherapy, 1942).
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. (Trad. S. Longa). Lisboa: Edual. (Obra original Client- Centered Therapy, 1951).
- Rogers, C. (1999). *La Relation D'Aide et La Psychothérapie* (12ª ed.). Paris. ESF éditeur. (Obra original, 1942).
- Rogers, N., Tudor, K., Tudor, E.L. & Keemar, K. (2012) Person-centered expressive arts therapy: A theoretical encounter, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11:1, 31- 47, doi: 10.1080/14779757.2012.656407.
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25 (5), 584-91. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10676>.
- Salgueiro, E. (2004). Revisitando a Hiperactividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 39-5.
- Schaffer, H.R. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. (6ªEd). (Trad. C. Cancissu). São Paulo: Thomson. (Obra original Developmental psychology. Childhood and adolescence, 2002).
- Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., Garcia, R., Gale, B., & Bradley, B. M. (2014). Therapist perceptions of relationship conditions in child-centered play therapy. *International Journal Of Play Therapy*, 23(1), 1-17. doi:10.1037/a0035477.

- Schottelkorb, A. A., Doumas, D., & Garcia, R. (2012). Treatment of childhood refugee trauma: A randomized controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57–73. doi:10.1037/a0027430.
- Sprinthall, N.A. & Sprinthall, R.C. (2007). *Psicologia Educacional. Uma abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa. McGraw-Hill.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. (6ªed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Taveira, M. (2005). *Psicologia Escolar: Uma Proposta Científico – Pedagógica*. Coimbra: Quarteto.
- Teixeira, J. (2007). *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi
- Thiedke, C. (2001) Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Psysician*, 15, 63 (2), 277-284.
- Viana, V., Santos, P. & Guimarães, M. (2008). Comportamentos e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, (2), 209-231.
- Veríssimo, M., Fernandes, C., Santos, A., Peceguina, I., Vaughn, B., & Bost, K. (2012). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 292-299.
- Virginia M. (2012). From person-centered to humanistic-phenomenological psychotherapy: The contribution of Merleau-Ponty to Carl Rogers's thought, *Personal Centered & Experiential Psychotherapies*, 11:1, 48-63, doi: 10.1080/14779757.2012.656410.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para crianças- WISC-III*. (3ªEd.). Lisboa. Cegoc-Tea.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy early childhood: Revised edition (DC: 0-3R)*. Washington. DC: Zero to Three Press.