



**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**A PRÁTICA DE PSICOLOGIA CLÍNICA NA INFÂNCIA EM CONTEXTO  
HOSPITALAR**

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

Tatiana Alves Tiago Rego - Nº 20110646

SEMINÁRIO DE ESTÁGIO LECCIONADO POR: 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*

ORIENTADOR DE ESTÁGIO: Dra. Susana Ferreira da Costa  
*Hospital de Santa Maria*

Lisboa, Fevereiro 2015

“Só é possível ensinar uma criança a amar, amando-a.”

Johann Goethe

## **Agradecimentos**

Porque este trabalho é sobre as crianças e as suas famílias ...

À minha grande mãe que fez de mim a sua única e maior razão de viver.

Ao meu pai que de uma forma ausente, se foi sempre mantendo presente.

Aos meus avós, que me deram uma infância maravilhosa, feliz e tão competente e que juntamente com a minha mãe tornaram este estágio e este curso, possível.

Ao Elói, pela sua paciência infindável e pela segurança que sempre me transmitiu.

E porque sem elas, nada disto teria sido possível ...

À minha querida Dra. Susana Costa que, com todo o seu talento, tornou um simples estágio, numa paixão profissional e numa experiência de vida inesquecível.

À Doutora Mónica Pires que, me ajudou sempre na difícil missão de manter os pés assentes na terra enquanto a cabeça sonhava bem alto.

À Dra. Sandra Teixeira e à Dra. Maria João Mendes, que, durante 10 meses, me fizeram sentir incluída, acarinhada e compreendida.

Às minhas queridas amigas, Susana, Rita e Martina, pela motivação e ajuda.

A todas as crianças, a quem infelizmente lhes foi retirado o seu maior direito, o direito ao amor, ao carinho e ao sentido de segurança que uma família deve providenciar.

## **Resumo**

Este relatório de estágio académico insere-se na vertente profissionalizante, do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizou-se na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Pediatria, de um hospital geral de Lisboa, entre Outubro de 2012 e Julho de 2013 com uma duração total de 885.5 horas. Neste relatório são abordadas e reflectidas à luz de um enquadramento teórico, todas as práticas inerentes ao exercício da Psicologia Clínica em contexto hospitalar, através da apresentação de dois casos clínicos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e de Perturbação Disruptiva do Comportamento, analisando a sua evolução clínica ao longo do seu acompanhamento psicológico.

A Psicologia da Saúde, apesar de revolucionária, não veio dar resposta a algumas necessidades de intervenção psicológica sobretudo em contexto hospitalar pediátrico (Mesibov, 1990; Willis, 2000). Surge assim, o conceito de Psicologia Pediátrica, que representa o acompanhamento terapêutico de pais e crianças contexto hospitalar (Barros, 2003). Contudo, a base teórica que fundamenta a intervenção do Psicólogo poderá variar. Durante este estágio foi mantida uma postura terapêutica de inspiração na Abordagem Centrada no Cliente de Carl Rogers, onde através de uma atitude não directiva e na crença de que cada individuo possui em si mesmo as capacidades necessárias para ultrapassar os seus problemas, através de um ambiente terapêutico de compreensão e aceitação (Rogers, 2009). Que como se poderá verificar, consistiu numa evolução terapêutica positiva em ambos os casos clínicos apresentados.

*Palavras-Chave:* Estágio; Psicologia Clínica; Unidade de Psiquiatria Infantil e da Adolescência;

## Abstract

This academic internship report is a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Clinical Psychology and Counseling at the Universidade Autónoma de Lisboa. The internship was carried out in the Child and Adolescent Psychiatry Unit of the Pediatric Department of a general hospital in the Lisbon area, between October 2012 and July 2013, with a total of 885.5 hours. In this report all practices inherent to the application of clinical psychology in a child and adolescent psychiatry unit are addressed and reflected upon by referring not only to a theoretical framework regarding key practices, but also to the main children's mental health disorders namely Attention Deficit Hiperactivity Disorder and disruptive behavior disorders.

The Psychology of Health, although revolutionary, did not come, meet some needs of psychological intervention especially in pediatric hospital settings (Mesibov, 1990, Willis, 2000). The concept of Pediatric Psychology, which is the therapeutic monitoring of parents and children hospital context (Barros, 2003). However, the theoretical basis underlying the intervention of the psychologist may vary. During this stage, a therapeutic stance of inspiration was maintained in the Client-Centered Approach of Carl Rogers, where through a non-directive attitude and the belief that each individual possesses in himself the capacity to overcome their problems, through an environment therapeutic understanding and acceptance (Rogers, 2009). Which as can be seen, consisted of a positive therapeutic outcome in both clinical cases presented.

*Keywords:* Internship; Clinical Psychology; Child and Adolescent Psychiatry Unit;

## Índice

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Agradecimentos .....                                                    | III |
| Resumo .....                                                            | IV  |
| Abstract.....                                                           | V   |
| Índice .....                                                            | VI  |
| Introdução.....                                                         | 1   |
| Parte I – Enquadramento Teórico.....                                    | 14  |
| 1.1 Saúde Mental Infantil .....                                         | 15  |
| 1.1.1. Prevalências e Principais Perturbações Mentais na Infância ..... | 17  |
| 1.1.2. A Influência do Meio Familiar na Saúde Mental Infantil .....     | 22  |
| 1.2. A Intervenção Psicológica.....                                     | 28  |
| 1.2.1. A Avaliação Psicológica - Psicodiagnóstico .....                 | 28  |
| 1.2.2. O Acompanhamento Psicológico Centrado no Cliente .....           | 30  |
| 1.2.3. A Intervenção com Crianças: Ludoterapia .....                    | 34  |
| Parte II – Trabalho de Estágio .....                                    | 41  |
| 2.1. Contextualização e Caracterização da Instituição .....             | 42  |
| 2.1.1. Objectivos de Estágio .....                                      | 43  |
| 2.1.2. Actividades Desenvolvidas na UPIA .....                          | 44  |
| 2.2. Trabalho em Equipa .....                                           | 49  |
| 2.2.1. Trabalhos de Investigação .....                                  | 49  |
| 2.2.2. Participações e Apresentações em Reuniões Clínicas.....          | 50  |
| 2.3. Trabalho do Psicólogo.....                                         | 51  |
| 2.3.1. Triagens Clínicas .....                                          | 51  |
| 2.3.2. Avaliações Psicológicas .....                                    | 53  |
| 2.3.3. Acompanhamentos Psicológicos .....                               | 57  |
| Parte III – Apresentação de Casos Clínicos .....                        | 63  |
| 3.1. Caso Clínico A .....                                               | 64  |

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1.1. História Clínica.....                                   | 66  |
| 3.1.2. Avaliação Psicológica .....                             | 71  |
| 3.1.3. Acompanhamento Psicológico .....                        | 85  |
| 3.2. Caso Clínico B.....                                       | 96  |
| 3.2.1. História Clínica.....                                   | 97  |
| 3.2.2. Acompanhamento Psicológico .....                        | 102 |
| Parte IV– Discussão .....                                      | 114 |
| 4.1. Discussão do Caso Clínico A .....                         | 115 |
| 4.2. Discussão dos Caso Clínico B .....                        | 118 |
| Parte V– Conclusão .....                                       | 121 |
| 5.1. Conclusão .....                                           | 123 |
| 5.2. Considerações Finais .....                                | 134 |
| Referências Bibliográficas.....                                | 136 |
| Anexos .....                                                   | 150 |
| Anexo A – Questionários utilizados na UPIA                     |     |
| Anexo B – Estudos científicos apresentados em reunião          |     |
| Anexo C – Ficha de triagem da UPIA                             |     |
| Anexo D – Critérios de referenciação para a UPIA               |     |
| Anexo E – Documentação relativa ao caso clínico A              |     |
| Anexo F – Relatório de Avaliação Psicológica do Caso Clínico A |     |
| Anexo G – Relatório de Avaliação Psicológica Próprio           |     |
| Anexo H – Documentação relativa ao Caso Clínico B              |     |

## Índice de Tabelas

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Estudos Sobre a Influência Familiar na Saúde Mental Infantil ..... | 25 |
| Tabela 2 – Actividades da UPIA .....                                          | 45 |
| Tabela 3 – Reuniões da UPIA .....                                             | 46 |
| Tabela 4 – Processos de Triagem .....                                         | 51 |
| Tabela 5 – Avaliações Psicológicas .....                                      | 54 |
| Tabela 6 – Instrumentos de Avaliação Psicológica da UPIA.....                 | 57 |
| Tabela 7 – Acompanhamentos Psicológicos .....                                 | 58 |
| Tabela 8 – Intervenções do Caso A.....                                        | 65 |
| Tabela 9 – Plano de Testagem do Caso A .....                                  | 73 |
| Tabela 10 – Resultados WISC III do Caso A .....                               | 78 |
| Tabela 11 – Intervenções do Caso B .....                                      | 97 |

## Índice de Figuras

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Organigrama do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria ..... | 42 |
| Figura 2 - Genograma do Caso A.....                                                 | 63 |
| Figura 3 - Desenho Livre do Caso A .....                                            | 74 |
| Figura 4 – Desenho da Família do Caso A.....                                        | 76 |
| Figura 5 - Genograma do Caso B.....                                                 | 99 |

## Lista de Siglas

|      |                                                      |
|------|------------------------------------------------------|
| APA  | American Psychological Association                   |
| CHLN | Centro Hospitalar Lisboa Norte                       |
| HPV  | Hospital de Pulido Valente                           |
| HSM  | Hospital de Santa Maria                              |
| PDC  | Perturbações Disruptivas do Comportamento            |
| PHDA | Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção   |
| UAL  | Universidade Autónoma de Lisboa                      |
| UPIA | Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência |
| HIV  | Human Immunodeficiency Virus                         |
| WISC | Wechsler Intelligence Scale for Children             |
| CAT  | Children Apperception Test                           |

## Introdução

Este estágio académico, que representa o presente relatório, realizou-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), no ano lectivo 2012/2013, e visou contribuir de uma forma experiencial, prática e controlada de uma aprendizagem dinâmica e eficaz das competências do psicólogo clínico. O estágio rege-se, de forma geral, pelo Regulamento Geral de Mestrados da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), (UAL, 2011) e de forma específica, pelo Regulamento de Estágios Académicos do Departamento de Psicologia e Sociologia da mesma universidade (Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL, s.d.). O desenvolvimento e as práticas deste estágio, foram supervisionadas nas aulas da Unidade Curricular de Seminário de Estágio I e II.

Este relatório está escrito ao abrigo do antigo acordo ortográfico. A apresentação do relatório obedece às normas do Anexo I do Regulamento Geral dos Mestrados (UAL, 2011) e da sexta edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA) (American Psychological Association, 2010).

A motivação na escolha deste local de estágio surge através do meu interesse antigo, pelo mundo complexo e fascinante da infância e do trabalho com as crianças. Desde muito cedo, me surgiu o interesse pelo trabalho com crianças, pelo seu mundo emocional, na sua forma de perceber e vivenciar o mundo que as rodeia. Este estágio veio assim validar uma das minhas crenças mais profundas, que de facto as crianças são efectivamente, fascinantes em tudo o que fazem, na sua forma mais genuína de dizer, pensar e sentir aquilo que as rodeia.

O estágio académico realizou-se na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA) do Departamento de Pediatria de um Centro Hospitalar publico,

com início a 10 de Outubro de 2012 e terminou a 26 de Julho de 2013, com uma duração total de 10 meses e 885.5 horas.

Foi realizado no contexto da formação em Psicologia Clínica através de um contexto profissional de Psicologia Clínica da Infância e do Desenvolvimento em simultâneo com os conteúdos fundamentais da Psicologia da Saúde, que fundamentam em conjunto o trabalho desenvolvido numa Unidade de Saúde Mental Infantil, que não poderá por isso, dispensar de um enquadramento e reflexão teórica que permita uma análise completa e fundamentada no trabalho desenvolvido durante este estágio.

Será certamente uma tarefa difícil, apresentar num numero limitado de páginas todas as vivencias e aprendizagens, que se experienciam durante um estágio académico tão complexo e enriquecedor como na minha perspectiva foi a realização deste estágio. Contudo, é importante referir que o mundo da Psicologia em contexto Hospitalar, sobretudo na área da Saúde Mental Infantil é ainda uma área muito carente do nosso investimento enquanto profissionais e sobretudo enquanto Psicólogos, sobretudo devido à crescente necessidade de psicólogos nos contextos de saúde pública. Mas infelizmente, esta ideia nem sempre está presente nas nossas entidades reguladoras e administradoras das áreas da Saúde Pública, o que faz com que em número sejamos cada vez menor enquanto a quantidade de trabalho por cada profissional aumenta progressivamente. O que irá implicar cada vez mais, a consequência inevitável, que é a sobrecarga do próprio profissional e uma menor personalização e disponibilidade no atendimento do utente, resultando tudo isto numa dificuldade imensa por parte do Psicólogo em conseguir corresponder àquele que deve ser o seu principal papel nos cuidados de Saúde.

Não é efectivamente uma tarefa fácil tentar criar e estabelecer conceitos, noções, ideias, sobre actividades simultaneamente científicas e profissionais que emergem da

mesma ciência (Leal, 1996). Antes de descrever a psicologia nas suas diferentes áreas de intervenção, é importante mencionar alguns aspectos que não podem ser ignorados e que tornaram a psicologia a ciência que ela é hoje (Bolton & Warwick, 2005).

Não seria a Psicologia uma das ciências mais completas e complexas se não começasse logo na sua definição com um paradoxo inevitável. É que a psicologia representa uma das ciências mais antigas mas igualmente uma das ciências mais modernas e contemporâneas, isto porque é feita e descrita por um elemento essencial e comum tanto no passado como na actualidade, o ser humano (Schultz & Schultz, 2005). Por se basear e fundamentar em diferentes autores, pensadores e teorias, a psicologia apresenta não só várias abordagens e formas de trabalhar com o ser humano, como também várias áreas de aplicação (Carpintero, 2003; Schultz & Schultz, 2005). Ao longo dos anos, caracterizou-se a psicologia segundo os conteúdos que nela eram estudados e que dela fazem parte, sobretudo numa fase mais primordial com um maior ênfase no comportamento humano, posteriormente nas estruturas mentais que o influenciavam, como e por que razões o influenciavam (Carpintero, 2003).

Em termos históricos, a psicologia clínica avançou de uma forma lenta e progressiva, em 1918, numa reunião destinada a psicólogos interessados em trabalhar na área clínica, Goddard levantou a questão “O que faz o psicólogo Clínico? Aí é que está – ninguém sabe” (Routh, 2000, p. 237). Já em 1940 o número de instituições destinadas ao tratamento de adultos com perturbações era ainda muito limitado (Routh, 2000). O método clínico em psicologia apresenta uma grande semelhança ao método clínico com origem na medicina (Carr, 1999; Dolle, 1995; Ribeiro & Leal, 1996).

Foi Witmer que, na reunião anual da APA em 1896, apresentou um tema sobre o trabalho prático realizado em psicologia onde é referida pela primeira vez a expressão “psicologia clínica”. Em 1907 criou-se a revista *Psychological Clinic*, uma revista

pioneira e única durante muitos anos na área da psicologia. Na primeira edição da revista Witmer propôs a criação de uma nova especialização dentro da psicologia: a *psicologia clínica* (Ribeiro & Leal, 1996; Schultz & Schultz, 2005).

Na Europa, Lagache e Piaget, representam os maiores nomes de um esforço de dotação de critérios para a criação daquilo que representaria uma psicologia clínica (Ribeiro & Leal, 1996). Já em Portugal, a origem da psicologia científica remonta ao início do século XX com a criação dos primeiros laboratórios de psicologia experimental na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, entre 1912 e 1914 e, posteriormente, na Faculdade de Lisboa no ano de 1930 (Abreu, 1990).

O que a psicologia clínica designou como o seu domínio, acabou por abranger todas as instituições e consultas nas quais se trabalha de forma terapêutica com indivíduos que se encontram doentes, frágeis ou inadaptados. Esta acabou por se tornar uma visão algo redutora, uma vez que diferentes contextos, diferentes problemáticas e diferentes populações, acabaram por criar a necessidade da implementação novas definições que deram lugar a novas áreas de intervenção e de especialização (Carr, 1999; Dolle, 1995; Ribeiro & Leal, 1996). Desde então, a actividade prestada no contexto de cuidados de saúde tem vindo a ser uma prática cada vez mais multidisciplinar. Tal facto tem feito com que aplicações diferentes da mesma área conduzam a diferentes terminologias, com o objectivo de classificar e especificar o papel desempenhado por cada um (Ogden, 2004; Ribeiro & Pais, 1996).

Em 1985, os Institutos de Assistência Psiquiátrica foram substituídos pela Direcção dos Serviços de Saúde Mental, o que de certa forma acabaria por generalizar não apenas uma área de intervenção mas também abrir portas a uma nova área de interesse na psicologia que se passou a denominar de psicologia da saúde (Teixeira, Cima, & Santa Cruz, 1999). O surgimento da psicologia da saúde encaminhava assim

para uma separação entre esta área e a de psicologia clínica (Ribeiro & Leal, 1996). De forma resumida podemos referir que a psicologia clínica se relaciona a problemas psicológicos com intervenção psicológica e que a psicologia da saúde diz respeito a problemas médicos que necessitam de um tratamento psicológico (Ribeiro & Leal, 1996; Teixeira et al., 1999).

Em Portugal, em 1995, foi fundada a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (Ribeiro & Leal, 1996). Segundo, Teixeira, Cima, e Cruz (1999), o desenvolvimento da psicologia da saúde baseou-se em dois factores distintos: (a) a pressão interna da própria ciência psicológica e (b) urgência de uma resposta a necessidades sociais resultantes da evolução e ao progresso da própria medicina. A psicologia da saúde surge por isso, como modelo opositor ao modelo *biomédico*, em que mente e corpo eram definidas como entidades separadas, onde a causa da doença tinha sempre uma origem exterior, onde o tratamento se devia à total responsabilidade do médico, onde a relação entre saúde e doença era vista como qualitativamente contrária e onde a doença poderia ter consequências psicológicas mas nunca causas psicológicas (Ogden, 2004).

Como resposta a este modelo de carácter mais redutor e de visão pouco holística surge o modelo *biopsicossocial* de saúde e doença, proposto por Engel em 1980. Este modelo veio contrariar totalmente o paradigma anterior, na medida em que integra o biológico, o psicológico e o social (Ogden, 2004). Assim, o ser humano passou a ser entendido como um ser complexo, em que a doença é causada por questões multifactoriais. Quando visto como um todo, e não só por partes separadas e distintas, o indivíduo deve ser tratado não apenas pelo médico mas também por si mesmo, responsabilizando-se de forma autónoma e consciente da sua capacidade de contribuição à sua cura (Ogden, 2004). Assim, a psicologia da saúde tem actualmente

como objectivos principais: (a) compreender, explicar, desenvolver e testar teorias, avaliando o papel do comportamento na etiologia da doença, predizendo os comportamentos prejudiciais para a saúde, estudando o papel da psicologia na vivência da doença, avaliando o papel da psicologia no tratamento da própria doença; (b) colocar em prática teorias testadas, promovendo um comportamento e uma vida saudável, apostar na prevenção do aparecimento de novas doenças (Ogden, 2004).

No entanto, a falta de destrição entre os conceitos da psicologia clínica e os da psiquiatria assenta, por um lado, nas raízes históricas das duas ciências e nas condições de emergência da psicologia e, por outro, na própria característica da medicina psiquiátrica que se apropriou, a dada altura no seu percurso, das teorias e modelos psicopatológicos da própria psicologia (Ribeiro & Leal, 1996). A Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde, por sua vez não iam ao encontro das dificuldades das crianças sem problemas psiquiátricos mas sim com dificuldades provenientes de uma situação de doença física crónica, dificuldades de desenvolvimento, ou da própria situação de hospitalização (Pires & Pires, 1995).

Aqui, para além da área da prevenção é também necessário uma intervenção imediata e directa, que vise trabalhar terapêuticamente as vivências e experiências emocionais e psicológicas em contexto hospitalar pediátrico. Dando assim origem a uma necessidade imediata da criação de uma especialidade que visasse o trabalho psicológico desenvolvido em contexto não apenas hospitalar mas sobretudo pediátrico (Mesibov, 1990; Willis, 2000).

Já a pediatria representa uma das especialidades médicas que mais precocemente se consciencializou para a necessidade de colaboração com a psicologia (Mesibov, 1990; Willis, 2000). Assim, as contribuições da psicologia para a pediatria deram origem à Psicologia Pediátrica (Barros, 2003). A designação Psicologia Pediátrica

surgiu pela primeira num artigo escrito por Wright em 1967, o principal objectivo de Wright foi a definição das actividades exercidas pelos psicólogos nos serviços de saúde infantil, onde este é descrito como “o psicólogo que lida primariamente com crianças num contexto médico não psiquiátrico” surgindo assim, a Psicologia Pediátrica (Wright, 1967, citado por Barros, 2003, p. 323).

Esta nova área descende do reconhecimento e da relevância de aspectos psicológicos, comportamentais, cognitivos e emocionais para a saúde infantil (Barros, 2003; Menezes, Moré, & Barros, 2008). A psicologia pediátrica é hoje considerada como um subdomínio da psicologia da saúde que se ocupa da saúde infantil e adolescente (Barros, 2003; Castro, 2007; Menezes et al., 2008).

Segundo Pires e Pires (1995), a psicologia pediátrica desenvolveu-se a partir de necessidades reais, quando os psicólogos começaram progressivamente a trabalhar em vários serviços e a constatar que havia necessidades humanas que não eram satisfeitas.

Em Portugal, ainda que numa fase mais inicial com os receios inerentes a uma prática fraca a nível de mercado de trabalho e com uma difícil compreensão dos papeis, funções e tipo de formação daqueles que coexistem no domínio do ramo da saúde, hoje a maioria dos profissionais já aceita a necessidade da inclusão dos processos psicológicos nesta vasta área (Barros, 2003; Castro, 2007; Menezes et al., 2008). Como sustento teórico, a psicologia pediátrica baseia-se na interacção e conciliação entre a pediatria e a psicologia (Castro, 2007). Desta forma, podemos referir que a psicologia pediátrica representa, a área que se ocupa do contínuo entre saúde e perturbações do desenvolvimento emocional e comportamental, que se enquadram no percurso evolutivo da infância e adolescência (Barros, 2003; Menezes et al., 2008).

Vários autores têm defendido, ao longo dos tempos, que o aparecimento destes problemas de saúde mental com origem na infância, mantém uma continuidade que se

arrasta da adolescência até ao início da idade adulta (Bayer, Ukoumunne, Lucas, Scalzo, & Nicholson, 2011; Delatorre, Santos, & Dias, 2011; Henriques, 2010). O surgimento das situações problemáticas incide sobretudo ao nível dos cuidados de Saúde primários, evidenciando-se a relevância para necessidade de atenção por parte dos profissionais de Saúde, para os sinais e sintomas relevantes que possam indicar a necessidade de uma intervenção clínica e profissional nas áreas da Saúde Mental Infantil (OMS, 2012). Actualmente, um dos grandes desafios da psicologia pediátrica consiste na capacitação adequada, por parte dos profissionais de saúde de reconhecer as crianças e os adolescentes, não apenas como um processo clínico mas sim, através de um olhar mais compreensivo, contemplando os diferentes contextos de inserção e momento do ciclo de vida que a família atravessa, sobretudo no surgimento da Psicopatologia na criança (Menezes et al., 2008).

O conceito de psicopatologia foi criado em 1817, por Benthán, baseado na sua etimologia em que “psyché” significava alma, “páthos” denotava sofrimento ou doença e “logos” designava estudo ou ciência (Cheniaux, 2008). Hoje em dia a psicopatologia está relacionada com múltiplas abordagens e inúmeros referenciais teóricos, consistindo assim numa ciência autónoma e não num ramo ou especialidade da psiquiatria ou da psicologia (Cheniaux, 2008).

Bayer, Ukoumunne, Lucas, Scalzo, e Nicholson (2011), analisaram alguns factores de risco à saúde mental nas crianças: (a) problemas físicos de saúde, temperamento rígido, vinculações inseguras; (b) na família: psicopatologia parental, interações e estilos parentais rígidos e ausentes de carinho, discussões familiares recorrentes e divórcio parental conflituoso; (c) outros factores: género masculino, existência de irmãos gémeos, disciplina rígida, baixa eficácia parental, pais adolescentes e de baixo nível socioeconómico, e extrema ansiedade parental.

Em termos de prevalências, estudos recentes afirmam que, entre 2001 e 2007, 14% das crianças apresentava algum tipo de problema, tanto a nível emocional e comportamental num estudo em crianças americanas (Pastor, Rodriguez, Cappella, Moris, & McCloury, 2012). Já em Portugal, num estudo realizado na UPIA do HSM, por Queirós, Goldschmidt, Almeida, e Gonçalves (2003) referiram que, de um total de 358 crianças, com idade inferior aos quatro anos, observadas na UPIA entre Novembro de 1996 e Outubro de 1999, 25% (n = 91) foram referenciadas por alterações de comportamento, isto é, “birras”, instabilidade, auto e heteroagressividade, comportamentos de oposição, e estereotípias motoras.

Estes factores vêm justificar a necessidade de em contexto de intervenção psicológica, o profissional manter em consideração os factores que possam estar na origem ou na perpetuação da própria perturbação, seja a nível familiar, social ou escolar. O profissional deverá, manter uma relação de apoio e compreensão para com os pais, motivar a família para a mudança e para a evolução, não apenas da criança mas, de todos os membros do sistema familiar, sublinhar a importância da coerência parental nas suas regras e atitudes, promovendo a contenção de punições físicas e benefícios secundários com o próprio sintoma da criança e auxiliar a criança na criação de diferentes formas de expressão da sua ansiedade e frustração (Marques & Cepêda, 2009). Considera-se por isso, fundamental que a intervenção em saúde mental infantil se realize não apenas a nível da criança mas também e sobretudo a nível parental e familiar (Brazelton, & Greenspan, 2000; Caballo, & Simón, 2005; Marques, & Cepeda, 2009; Souza, 2004; Tonetto, & Gomes, 2005).

No contexto familiar, é importante que sejam transmitidas informações aos pais, de forma clara e aberta, sobre as dúvidas e a situação real da criança, desmistificando ideias erradas, culpas ou receios que possam existir. É importante incentivar os pais

para o estabelecimento de regras e limites bem definidos, contudo incentivando e valorizando desempenhos positivos. O técnico deverá tentar promover a criação de uma relação próxima e segura com os pais (Marques & Cepêda, 2009). Sabe-se que em muitas ocasiões que os pais mais impacientes ou ansiosos acabam por concentrar a sua atenção num determinado sintoma, atribuindo-lhe uma exagerada importância, acabando por fortalecer o sintoma inicial até este se tornar um problema ainda maior. A influência do contexto familiar representa um factor fulcral em qualquer caso clínico infantil (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009).

É no sistema familiar que o papel de cada um dos membros é desenvolvido, criado através de um legado que se foi transmitindo de geração em geração. É através dessa transmissão que o individuo se irá formar, estruturar e diferenciar dos outros membros, dependendo sempre da organização e do grau de funcionalidade do sistema a que pertence (Duque, 2010). Assim, o papel do Psicólogo nos serviços de Saúde Mental Infantil torna-se fundamental, sobretudo na forma como a perturbação é gerida, sentida e experienciada, não apenas pela criança mas também no seu ciclo funcional e familiar tal como os pais e a escola.

Contudo, a intervenção Psicológica pode ser inspirada em vários modelos teóricos, todos eles válidos e com mais ou menos fundamentação teórica, contudo a escolha deste modelo de intervenção deve ser escolhido pelo Psicólogo de uma forma reflectida e ponderada. Diferentes abordagens teóricas e diferentes formas de ver o ser humano deram origem a diferentes formas de trabalhar com ele e para ele. Com o passar dos anos várias escolas e autores foram ganhando força e as suas teorias inspiraram inúmeros profissionais da saúde mental (Leal, 2005). Nos diferentes quadros teóricos foram surgindo diferentes autores, com diferentes formas de ver a pessoa que criaram

através do seu ponto de vista e própria teoria, modelos de trabalho coerentes com o seu sentir e com a sua forma de ver o indivíduo (Leal, 2005).

Neste relatório os casos apresentados, a sua forma de intervenção e análise, tiveram por base uma inspiração na Terapia Centrada no Cliente, nomeadamente, a ludoterapia centrada na criança, por ter sido essa uma opção pessoal, por manter um sentimento de identificação com o modelo e com toda a sua fundamentação e filosofia subjacente.

Carl Rogers começou por propor as suas ideias sobre terapia, que visavam opor-se às até então “antigas” considerações sobre terapia. Estas eram sobretudo centradas sobre a expressão do outro, sobre a auto-aceitação, sobre a tomada de consciência e a relação terapêutica e não sobre regressar ao passado, analisando-o através da sugestão ou da interpretação (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009). A grande fórmula por detrás da criação de uma atitude não directiva, era a crença e a confiança de que o indivíduo teria todas as capacidades necessárias para encontrar as respostas aos seus próprios problemas (Greenberg, & Geller, 2001; Hipólito, 2011; Vanaerschot & Lietaer, 2010). Em que a pessoa ao experienciar um processo de mudança no momento em que lhe são fornecidas condições de compreensão e de aceitação, que a encorajam a experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos e emoções relativamente ao campo experiencial, contrariamente aquilo que experencia no seu dia-a-dia (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009).

Na Terapia Centrada no Cliente a responsabilidade elementar do terapeuta é a de estabelecer um ambiente que possibilite a libertação do cliente das problemáticas que possam estar a interferir com o seu crescimento individual e que possibilite um

crescimento auto-iniciado (Lietaer, & Lasuy, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 1962; Rogers, 2007; Rogers & Dymond 1969; Tengelnd, 2009).

No processo terapêutico infantil, através de uma perspectiva centrada no cliente existem algumas premissas teóricas que devem ser tidas em conta em relação ao desenvolvimento infantil, que nos permitem compreender de uma forma mais como este processo acontece e se desenvolve ao ritmo individual de cada criança (Brito & Paiva, 2012). A intervenção com crianças contém aspectos muito específicos, sobretudo no que diz respeito ao tipo de relação terapêutica que se estabelece. Contudo os pressupostos, condições necessárias e suficientes e atitudes do terapeuta serão idênticos aos da terapia centrada nos adultos, onde a base fundamental reside na crença da capacidade da criança, tal como o adulto, ser capaz de se auto-desenvolver e evoluir (Rogers, 2004).

O trabalho com a criança realizado através do jogo, para além das suas especificidades, terá sempre como base a crença na capacidade da criança de se auto-desenvolver, aquando as condições suficientes e necessárias estão presentes no *setting* terapêutico (Rogers, 2004)

È nesta linha de visão que é desenvolvido e reflectido este relatório, com base nos pressupostos das teorias e dos fundamentos da Terapia Centrada no Cliente. Mais uma vez, ressalvo que esta foi uma escolha pessoal, mas fundamentada, na crença de que os pilares de sustentam esta Abordagem são na sua forma de ver o indivíduo aquela que mais sentido me faz enquanto pessoa e enquanto estagiária de psicologia e futura profissional. Apesar de a forma de intervenção na UPIA ser de inspiração Sistémica, é sempre possível que cada profissional ou estagiário possa desenvolver e analisar os seus casos da forma que mais sentido lhe faça. Faz então parte de cada um de nós, conseguir conciliar a sua aprendizagem e a sua essência como pessoa e como ser humano, de uma

forma congruente, que o preencha não apenas como pessoa mas também como profissional.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### **1.1. A Saúde Mental Infantil**

Ao longo da história, a definição entre normal e patológico tem sido amplamente discutida. Ajuriaguerra e Marcelli em 1986, referiram que a estrutura mental infantil não se constituía com a mesma clareza da estrutura adulta. As ligações entre comportamento e patologia nas crianças são menos definidas e o funcionamento psíquico infantil, ainda em construção, impossibilita a constituição de um modelo adquirido e completo.

Actualmente, a noção de normal e de patológico é igualmente difícil de realizar, já que, na ausência de sinais e sintomas, todos nós seríamos normais até à altura em que surgissem sintomas contrários que indicassem uma perturbação mental. A saúde/doença é vista assim como um contínuo e não necessariamente como a ausência de sinais e sintomas. Sabe-se porém que, todo o ser humano possui uma grande susceptibilidade para adquirir doenças mais ou menos graves, mais tarde ou mais cedo no decorrer da sua vida (Delatorre, Santos, & Dias, 2011; Henriques, 2010).

A OMS (2012) estabeleceu um conjunto de três factores que influenciam de forma protectora ou ameaçadora a saúde mental: (a) Factores individuais: auto-estima, maturidade emocional e cognitiva, capacidade de comunicação, utilização de medicamentos ou substâncias químicas; (b) Factores sociais: Tipo de suporte familiar e de amigos, tipo de interacção familiar e estilo parental, historial de violência ou abusos, tipo de segurança financeira, nível de escolaridade, satisfação com a vida escolar/profissional; (c) Factores ambientais: Tipo de acesso a serviços básicos e essenciais, nível de integração, sentimento de justiça social e integração, igualdade social e de género, segurança física e material.

Podemos classificar como sintomas “normais” (inerentes ao desenvolvimento infantil), sintomas que sejam transitórios, pouco intensos, restritos a uma área específica da sua vida, sem repercussões no seu desenvolvimento, falados com facilidade pela

criança e onde seja evidente uma ausência de disfunção familiar aparente. Já como sintomas patológicos, podemos caracterizar todos aqueles que sejam, sintomas intensos e frequentes, persistentes ao longo do desenvolvimento da criança, evidentes em várias áreas da sua vida, onde é possível verificar a existência de um meio envolvente de carácter patológico, desadequados à sua faixa etária, associados a múltiplos sintomas (Marques & Cepêda, 2009).

O Guia de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Marques e Cepêda, publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, elucida-nos então para todos os sinais que deverão ser tidos em consideração pelos profissionais de saúde para que, de forma eficaz e atempada, seja fornecida uma resposta adequada a cada caso.

Sintomas a ter em consideração na primeira infância: Dificuldades na relação mãe-bebé; dificuldades de auto-regulação e falta de interesse por estímulos exteriores; dificuldade na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas; ausência de reciprocidade interactiva e incapacidade de iniciar a interacção; perturbação alimentar grave baseada no cruzamento de percentis, sem aparente razão orgânica; e a insónia grave (OMS, 2012).

Sintomas a ter em consideração em idade escolar: Dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo previamente diagnosticado e sem a presença de factores pedagógicos adversos; recusa escolar; hiperactividade excessiva para a faixa etária em que se encontra; ansiedade, preocupação e/ou medo excessivo; dificuldade em adormecer e/ou pesadelos frequentes; agressividade, violência, comportamento de oposição frequente, birras inexplicáveis e desadequadas para a faixa etária em que se encontra; dificuldades de socialização com isolamento ou relacionamento desadequado com pares e adultos; somatizações múltiplas e/ou persistentes (OMS, 2012).

Sintomas a ter em consideração na adolescência: incapacidade para lidar com problemas e actividades do dia-a-dia; somatizações múltiplas e/ou persistentes; humor depressivo, ideação suicida, tentativa de suicídio, isolamento relacional; ansiedade excessiva; alterações do pensamento e da percepção; sintomatologia obsessivo-compulsiva; insónia grave e persistente; restrição alimentar, preocupação excessiva com o peso, comportamentos purgativos; comportamentos de passagem ao acto impulsiva (agressivas ou sexuais); comportamentos auto-agressivos e fugas; comportamentos anti-sociais repetidos (OMS, 2012).

É muito comum que na actividade profissional, numa Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, surjam difíceis casos de diagnosticar, não apenas pelos sintomas e sinais mas pelas próprias patologias coexistentes e pelos padrões comportamentais que são sempre contextualizados mas também evolutivos (Dieudonné, 2004).

#### **1.1.1. Prevalência das principais perturbações na infância**

Em termos de prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência, segundo dados do Ministério da Saúde em 2009, estimava-se que entre 10% a 20% das crianças sofriam de um ou mais problemas de saúde mental (Marques & Cepêda, 2009). Num estudo realizado na própria UPIA do HSM, Queirós et al. (2003) referiram que, de um total de 358 crianças, com idade inferior aos quatro anos, observadas na UPIA entre Novembro de 1996 e Outubro de 1999, 25% ( $n = 91$ ) foram referenciadas por alterações de comportamento, isto é, “birras”, instabilidade, auto e heteroagressividade, oposição, balanceamento estereotípias motoras.

O mesmo se confirmou durante a realização deste estágio, confirmou-se que do número total de novos casos e de casos já em seguimento, se confirma um maior

número de casos diagnosticados em primeiro lugar com PDC (Perturbações Disruptivas do Comportamento) e em segundo lugar com o diagnóstico de PHDA (Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção).

Segundo o DSM IV, a PDC é caracterizada por um padrão frequente de dificuldade na aceitação de regras e limites, e passagens ao acto impulsivas e agressivas, desencadeadas frequentemente por situações de frustração, presença de comportamentos anti-sociais mais ou menos graves como, por exemplo, roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedade, agressividade para pessoas e animais (American Psychiatric Association, 2002).

Já a CID-10 (OMS, 1993), caracteriza esta perturbação por padrões repetitivos e persistentes de comportamentos anti-sociais, de carácter agressivo e reacções provocatórias, não adequadas aos comportamentos inerentes à faixa etária da criança. Por isso deverá ser tido sempre em conta a etapa de desenvolvimento que a criança atravessa, excluindo por exemplo birras que podem ser tidas como factores normais de uma criança na faixa etária dos três anos de idade, mas não numa criança com 13 anos (OMS, 1993). Como exemplos de comportamentos característicos desta perturbação incluem-se, excessivos níveis de birras ou intimidação em idades desadequadas, crueldade com animais e pares, destruição significativa de propriedades, roubos, criação de mentiras de forma constante, fugas, ataques de fúria, comportamentos e atitudes provocatórias e desafiadoras (OMS, 1993).

Os comportamentos de oposição aparecem como uma forma menos grave da PDC e na maioria dos casos antecede-na. São mais frequentes no sexo masculino e estão presentes em cerca de 5% dos rapazes em idade escolar (American Psychiatric Association, 2002). Na idade escolar, prevalecem os comportamentos heteroagressivos que perdem a sua intensidade a partir da pré-adolescência, enquanto os comportamentos

anti-sociais são mais frequentes na adolescência (American Psychiatric Association, 2002).

Como factores de risco a esta perturbação contemplam-se: (a) a existência de um ambiente familiar disfuncional; (b) traumas e carências precoces; (c) exposição a situações de violência, conflitos, maus tratos e abandono; (d) um estilo parental ambivalente com uma alternância entre uma rigidez excessiva e ausência de controlo, regras e limites; (e) psicopatologia parental; (f) baixo nível socioeconómico; (g) conjunturas de vulnerabilidade somática que possa diminuir o controlo de impulsos, como, por exemplo, epilepsias ou lesões cerebrais (Marques & Cepêda, 2009).

Em segundo lugar, surge a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), alguns autores referem que a PHDA representa o diagnóstico com maior incidência na população clínica infantil, tanto em Portugal, como no resto do mundo (Polanczyk, Lima, Horta, & Biederman, 2007).

Recorrendo ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002), encontramos como definição para a PHDA, comportamento de excessiva actividade motora, falta de atenção e concentração, impulsividade, os quais persistem ao longo do tempo e se evidenciam em pelo menos dois contextos diferentes da vida da criança, por exemplo, em casa e na escola. O início de PHDA é precoce e, na maioria das vezes, está associado a problemas de desenvolvimento e do comportamento. Contudo podem existir diferenças em função da idade e da faixa do desenvolvimento da criança (Fernandes & António, 2004; Marques & Cepêda, 2009; Schaffer, 2004). Já na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 1993) contém como principais linhas de diagnóstico, um nível de atenção comprometido, e uma hiperactividade visível que, mais uma vez, sejam

referidas em pelo menos dois contextos diferentes da vida da criança, excluindo assim outros factores desencadeantes de agitação.

A hiperactividade consiste num padrão de agitação motora excessiva, sobretudo em situações ou tarefas que requerem alguma calma e concentração. Este padrão deverá ser sempre analisado entre crianças da mesma faixa etária, que realizem a mesma actividade e que não apresentem um défice cognitivo significativo, diagnosticado anteriormente (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009; Organização Mundial de Saúde, 1993; Rohde & Halpen, 2004).

Por sua vez, o défice de atenção é representado por uma interrupção de tarefas, deixando-as inacabadas e sem uma linha contínua de processamento. É frequente o deixar uma actividade a meio passando rapidamente para outra sem que a primeira esteja terminada de forma coerente. Isto acontece porque a distração e extrema estimulação assim o desencadeia. Mais uma vez deve ser tida em consideração a faixa etária em que a criança se encontra e o seu nível intelectual (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009; Organização Mundial de Saúde, 1993; Rohde & Halpen, 2004).

Sobretudo em idade pré-escolar, as crianças com PHDA diferem das crianças sem a perturbação por serem incapazes de permanecer sentadas ou envolvidas em actividades tranquilas, que impliquem atenção ou concentração, manifestando uma irrequietude elevada e, por vezes, ansiedade (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009; Rohde & Halpen, 2004).

Já em idade escolar e durante a adolescência o padrão comportamental não difere com significância, embora com o passar do tempo a hiperactividade seja menos intensa e passa a ser mais acompanhada de sentimentos de inquietação e ansiedade. Por sua vez, o défice de atenção e a impulsividade, na maioria das vezes, mantem-se (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009; Rohde & Halpen, 2004).

Consistem como factores de risco a esta perturbação, factores genéticos, factores relacionais como a estrutura familiar, e factores orgânicos ou genéticos como por exemplo a epilepsia, sobretudo quando associada a um atraso mental (Marques & Cepêda, 2009; Organização Mundial de Saúde, 1993). Na perturbação de PHDA, o principal processo de diagnóstico consiste na avaliação dos níveis de actividade, verificando o grau de impulsividade e da existência ou não de um défice de atenção que interfira significativamente com o desempenho escolar, relações com os pares e no funcionamento familiar causando, assim, sofrimento e instabilidade na vida da criança (Organização Mundial de Saúde, 1993; Marques & Cepêda, 2009).

Na intervenção com a criança, se esta apresentar um bom nível de adaptação e maturidade necessária, o trabalho a realizar deverá incluir o fornecimento de informações necessárias, sobre as características da sua problemática, mantendo uma postura compreensiva, aberta e disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, receios e medos. Para que desta forma a própria criança possa contribuir de forma autónoma, consciente e confiante no seu tratamento e evolução clínica (Brazelton & Greenspan, 2002; Fernandes & António, 2004; Marques & Cepêda, 2009).

Articulação com a escola ou com o jardim-de-infância, é importante que se mantenha contacto com uma figura de referência, como por exemplo, educadora, professora ou directora de turma, que seja capaz de funcionar como contentora e organizadora do comportamento da criança (Marques & Cepêda, 2009). Isto implica uma avaliação pedagógica e implementação de um plano educativo adequado às necessidades específicas de cada criança individuais, avaliar quais as dificuldades associadas, que podem requerer intervenção, designadamente ao nível da linguagem e da psicomotricidade. Poderá também ser útil integrar a criança no horário escolar da

manhã, onde os seus níveis de energia e atenção são mais elevados (Marques & Cepêda, 2009).

Com a família, é importante que sejam transmitidas informações aos pais, de forma clara e aberta, sobre as dúvidas e a situação real da criança, desmistificando ideias erradas, culpas ou receios que possam existir. É importante incentivar os pais para o estabelecimento de regras e limites bem definidos, contudo incentivando e valorizando desempenhos positivos. O técnico deverá tentar promover a criação de uma relação próxima e segura com os pais (Marques & Cepêda, 2009). Tanto na PDC como na PHDA, existe um factor comum e inevitável no que diz respeito ao surgimento da patologia infantil: A existência de um meio familiar desestruturado e disfuncional, parece potenciar o aparecimento da perturbação mental infantil, de uma forma evidente e determinante (Fernandes & António, 2004; Marques & Cepêda, 2009; Rohde & Halpern, 2004).

Alguns autores referem que a origem da doença mental se encontra nas relações interpessoais desestruturadas, e que para entender o homem de forma mais completa possível, ele deverá ser visto à luz do seu contexto familiar e social. Nesta perspectiva, a patologia é encarada na relação e adquire uma dimensão internacional (Brennan, 2000; Carneiro, 1996; Lindzey & Campbell, 2000).

### **1.1.2. O Impacto do meio familiar na saúde mental infantil.**

Bayer et al. em 2011 analisaram alguns factores de risco, à saúde mental nas crianças: (a) problemas físicos de saúde, temperamento rígido, vinculações inseguras; (b) na família: psicopatologia parental, interacções e estilos parentais rígidos e ausentes de carinho, discussões familiares recorrentes e divórcio/separação parental conflituoso.

A família é composta por diversos subsistemas como, por exemplo, o subsistema parental, ou conjugal mas, ao mesmo tempo, a família é uma unidade que faz parte de um supra-sistema, constituído por vizinhos, organizações, igreja, instituições de saúde, escola, entre outros. Os limites entre esses sistemas são definidas arbitrariamente e auxiliam ao estabelecimento de quem está dentro e fora do sistema familiar e quais os subsistemas e supra-sistemas que são importantes para a família em determinada conjuntura (Almeida, Costa, & Gomes, 2009). Isto faz com que na intervenção com as famílias, nos deparemos com um sistema multidimensional de relações interdependentes em que todas estas dimensões apresentadas anteriormente se encontram presentes e correlacionadas entre si (Hipólito, 2011).

Na perspectiva centrada no cliente, a família é considerada um sistema aberto, onde apesar de ser constituído pelos seus próprios membros, representa mais do que um acrescento, representa um sistema sócio antropológico sempre em relação, constituído pela quantidade de transacções familiares (Hipólito, 2011). Uma família desenvolve padrões típicos de ser e de se relacionar entre si que são transferidos e influenciados pelos seus membros constituintes a outros contextos sociais e a gerações seguintes (Bentovim, 1999).

Em 2003, Queirós et al. referiram que existiam algumas dificuldades na delimitação clara de quadros clínicos durante a primeira infância devido, sobretudo, às alterações inerentes ao desenvolvimento, à falta de especificidade dos factores causais e à contribuição das perturbações relacionais na patologia da infantil. Sabe-se que em muitas ocasiões que os pais mais impacientes ou ansiosos acabam por concentrar a sua atenção num determinado sintoma, atribuindo-lhe uma exagerada importância, acabando por fortalecer o sintoma inicial até este se tornar um problema ainda maior. A

influência do contexto familiar representa um factor fulcral em qualquer caso clínico infantil (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009).

É no sistema familiar que o papel de cada um dos membros é desenvolvido, criado através de um legado que se foi transmitindo de geração em geração. É através dessa transmissão que o individuo se irá formar, estruturar e diferenciar dos outros membros, dependendo sempre da organização e do grau de funcionalidade do sistema a que pertence (Duque, 2010). Ao longo dos anos vários autores salientaram as influências parentais e familiares na perturbação mental infantil, como se pode verificar na Tabela 1.

**Tabela 1.**

*Lista de estudos que confirmam o impacto do funcionamento familiar na saúde mental infantil*

| Autores                                                          | País          | Variáveis em estudo                                                  |
|------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------|
| Queirós, Goldschmidt, Almeida & Gonçalves, 2003                  | Portugal      | Conflito familiar e desajustamento infantil                          |
| Araújo, A., 2003                                                 | Portugal      | Estilos parentais autoritários e desajustamento psicológico          |
| Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias, & Nunes, 2004  | Portugal      | Comunicação no sistema familiar e bem estar infantil                 |
| Aunola & Nurmi, 2005                                             | Finlândia     | Estilo parental autoritário e desajustamento psicológico             |
| Woolfson & Grant, 2005                                           | Inglaterra    | Estilo parental autoritário e desajustamento psicológico             |
| Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma & Wittenboer, 2008 | E.U.A.        | Estilo parental autoritário e baixa auto-estima                      |
| Fite, Stoppelbein and Greening, 2009                             | E.U.A.        | Estilo parental autoritário e readmissão em unidades de saúde mental |
| Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt & Abramowitz, 2010            | E.U.A.        | Estilo parental autoritário e sintomatologia obsessivp-compulsiva    |
| Healey, Flory, Miller & Halperin, 2010                           | Nova Zelândia | Estilo parental positivo e melhor adaptação na PHDA                  |
| Alizadeh, Talib, Abdullah, & Mansor, 2011                        | Malásia       | Relação parental e perturbação do comportamento                      |
| O'Connor, Rodriguez, Cappella, Moris & McCloury, 2012            | E.U.A.        | Eficácia parental e perturbações do comportamento                    |
| Pastor, Reuben & Duran, 2012                                     | E.U.A.        | Problemas emocionais e estilos parentais                             |
| Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2012                            | Brasil        | Violência conjugal e depressão infantil                              |

A maioria das investigações realizadas aponta para a influência do papel parental na perturbação mental infantil. Podemos então concluir que um estilo parental mais

rígido, autoritário e coercivo, conduz mais facilmente à instabilidade emocional e posteriormente, a um desajuste psicológico das crianças (Alizadeh, Talib, Abdullah, & Mansor, 2011; Araújo, 2003; Aunola & Nurmi, 2005; Fite, Stoppelbein, & Greening, 2009; Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma, & Wittenboer, 2008; Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt, & Abramowitz, 2010; Woolfson & Grant, 2005).

Os níveis de suporte, conflito e violência familiar são factores que contribuem para o nível de estabilidade familiar, sendo determinantes para o bem-estar e adaptação das famílias e das crianças (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2012; Mombelli, Costa, Marcon, & Moura, 2011; Ricou et al., 2004). Segundo Brazelton e Greenspan (2000), são as primeiras vivências das crianças que são fundamentais para o seu desenvolvimento intelectual e emocional e isto é um dos factores mais importantes a ter em conta no trabalho com as crianças e com as suas famílias. As relações interpessoais são processos que fazem parte da relação familiar, contribuindo para que a criança desenvolva a sua percepção, modele o seu comportamento e forma de agir perante determinadas situações, adquirindo conhecimentos e ideias, muitas vezes baseadas naquilo que vivenciaram na presença dos adultos e figuras de referência que as rodeiam, construindo assim o seu próprio ambiente físico e social (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho, & Barreto, 2005).

Pesquisas de diversos autores têm vindo a apoiar a hipótese de que, as experiências relacionais precoces, sobretudo relacionadas com as práticas educativas parentais, influenciam o desenvolvimento das estruturas cognitivas responsáveis pelas representações das relações afectivas em fases posteriores da vida (Canavarro, 1999; Crook, Raskin & Elliot, 1981; Richter, Eisemann & Perris, 1994 citados por Araújo, 2003).

Alguns autores defendem que, o stress infantil, na sua poderosa forma de criar sofrimento, já comprovou ser um grave influente na vida infantil e que quando as crianças se encontram em situações de grande stress, sobretudo devido às relações familiares, até a utilização de medicação pode falhar, na medida em que os níveis de stress muitas vezes se mantêm (Brazelton, & Greenspan, 2000; Marques, 2011; Soares, 2009).

Pires, Hipólito e Jesus, 2014, concluem através de uma pesquisa realizada em Portugal, que a diferença de géneros não representa um factor significativo na presença de sentimentos de stress. Já crianças com cinco anos de idade, evidenciam maiores níveis de stress em comparação com crianças entre os seis e os sete anos de idade, uma vez que possuem menos recursos internos que lhe permita lidar de forma eficaz com o evento stressor necessitando assim, de um maior apoio e acompanhamento da (s) figura (s) parentais. Estes resultados reflectem a necessidade de considerar o stress infantil, como um agente causador de angústia e sofrimento sobretudo em idades mais precoces, uma vez que os recursos internos da criança estão menos presentes, fazendo emergir uma forte necessidade de ser acompanhada e compreendida.

Por todos os motivos acima enunciados, considera-se fundamental que a intervenção em saúde mental infantil se realize não apenas a nível da criança mas também e sobretudo a nível parental e familiar (Brazelton, & Greenspan, 2000; Caballo, & Simón, 2005; Marques, & Cepeda, 2009; Souza, 2004; Tonetto, & Gomes, 2005).

Contudo, os modelos de intervenção psicológica tanto individual, como a nível familiar, não são sustentados por um único modelo de intervenção comum a todos os profissionais. Ao longo dos anos diferentes autores, raízes filosóficas e sobretudo diferentes formas de ver e sentir outro na relação terapêutica, deram origem a diferentes formas de intervir e trabalhar na relação terapêutica (Leal, 2005). Durante o

desenvolvimento deste estágio, foi mantida uma postura e forma de intervenção, inspirada na Abordagem Centrada no Cliente, como melhor se poderá verificar no capítulo seguinte.

## **1.2. A Intervenção Psicológica**

### **1.2.1. Avaliação psicológica – psicodiagnóstico.**

É importante começar por referir que o psicodiagnóstico é uma função única e exclusivamente do psicólogo clínico (Cunha, 2000). Muitas vezes considerada como a tarefa mais elementar mas ao mesmo tempo, a mais complexa, a avaliação psicológica representa uma das constituintes mais importantes no diagnóstico e intervenção psicológica (Diniz, Almeida, & Pais, 2007).

Para que a prática da avaliação seja realizada de forma correcta e bem fundamentada, é indispensável deter o domínio das teorias psicológicas que sustentam os testes psicológicos, ter sólidos conhecimentos de psicometria, e ter em conta a importância de recorrer aos manuais dos testes psicológicos que representam a mais fidedigna orientação sobre aplicação, cotação e interpretação dos resultados (Urbina, 2007).

A elaboração de um relatório psicológico deve estar de acordo com o pedido expresso, tendo em conta por quem foi feito o pedido e com que objectivos, para que no relatório sejam apenas respondidas as questões que foram solicitadas (Brites, & Pires, 2008). A linguagem do mesmo deve ser cuidada, rigorosa e adaptada ao seu receptor. Deverá ser escrito de forma descritiva e coerente, em que não sejam incluídos extensos termos técnicos aquando este não se destina a outros técnicos de saúde que os possam compreender e manter sempre um cuidado extremo em relação a qualquer informação que possa por em causa a privacidade ou o bem-estar do cliente (Brites, & Pires, 2008).

O princípio específico sobre a avaliação psicológica define a mesma como um processo compreensivo das áreas relacionadas com o pedido de avaliação e os problemas identificados e diversificado recorrendo potencialmente a vários interlocutores, podendo assumir distintos objectivos, reconhecendo diferentes tipos de informações, considerando resultados variados (Ordem dos Psicólogos, 2013). A avaliação psicológica pretende, igualmente, ser um processo justo, reconhecendo e não penalizando diferenças relativas a grupos minoritários, incluindo pessoas com deficiências físicas, sensoriais, linguísticas ou outras fragilidades, a menos que sejam estas variáveis a mensurar e considerando as consequências dos resultados, a avaliação psicológica concretiza-se através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objectivas de informação, salvaguardando o respeito pela privacidade da pessoa (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013).

Existem cuidados especiais devem ser tidos em conta quando falamos de avaliação psicológica com crianças e adolescentes. Nestas circunstâncias são exigidos ainda maiores níveis de atenção e de rigor, sobretudo na sua aplicação, as características infantis são de uma variabilidade extrema, consoante a sua idade alguns factores como, os níveis de atenção e concentração, sono, irritabilidade, entre outros. Envolvem um maior nível de flexibilidade no processo em comparação com a avaliação com adultos (Brites, & Pires, 2008).

A avaliação psicológica deverá consistir num processo transversal e eticamente idêntico para todos os profissionais da Psicologia, não sendo posta em causa a sua importância ou rigor ético e profissional (Cunha, 2000).

Tal como a avaliação psicológica, também a psicoterapia e o acompanhamento psicológico deverá manter um rigor ético e profissional inerente a todos os profissionais, contudo, as bases teóricas que as fundamentam e a forma de ver o

indivíduo, altera-se consoante as diferentes abordagens terapêuticas e bases teóricas que as fundamentam. Contudo, é opção livre e pessoal de cada profissional escolher aquela que é a forma com a qual mais se identifica ou que mais sentido lhe faça, neste relatório será aprofundada a Abordagem Centrada no Cliente como forma de intervenção psicológica em ambos os casos clínicos, onde a sua linha de visão e de entender o ser humano se prolonga desde os elementos de avaliação psicológica até às sessões de acompanhamento com as crianças e as suas famílias.

### **1.2.2. O acompanhamento psicológico centrado no cliente.**

Diferentes abordagens teóricas e diferentes formas de considerar o ser humano deram origem a diferentes formas de trabalhar com ele e para ele. Com o passar dos anos várias escolas e autores foram ganhando força e as suas teorias inspiraram inúmeros profissionais da saúde mental (Leal, 2005).

A visão dos psicólogos humanistas surgiu como contradição a uma visão mais reducionista do ser humano o baseava ao seu comportamento de forma pré-determinada, em resposta a determinados estímulos durante a sua vida (Pervin, & John, 2004). A psicologia humanista lança uma questão central: como seria possível compreender a natureza da saúde emocional e de outras qualidades positivas no homem se a maioria dos estudos eram centrados exclusivamente na perturbação mental? E com o objectivo de preencher as lacunas deixadas pela psicologia comportamental e pela psicanálise, a psicologia humanista desenvolve-se como uma terceira força não só da psicologia mas das inúmeras ciências que têm como objectivo trabalhar e compreender o ser humano, tal como ele é (Bolton, & Warwick, 2005).

Para tentar responder a estas, e outras mais questões sobre como melhorar e tornar mais eficaz a relação entre o terapeuta e o cliente, Carl Rogers começou a lançar

aos poucos, sua visão inovadora sobre o indivíduo, quando em 1939 lança o seu primeiro livro, “O Tratamento Clínico da Criança-Problema”, mas posteriormente à publicação deste livro e depois de ser convidado a leccionar na Universidade estatal de Ohio que começou a divulgar alguns dos seus conceitos inovadores (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009). Rogers começou por propor as suas mais recentes ideias sobre terapia que visavam opor-se às até então “antigas” ideias sobre terapia, estas eram centradas sobre a expressão do outro, sobre a auto-aceitação, sobre a tomada de consciência e a relação terapêutica e não focadas no passado, analisando-o através da sugestão ou da interpretação (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009).

O primeiro objectivo de Rogers, não foi criar uma escola de pensamento ou uma teoria própria que vingasse ao longo dos anos, sobre como ver o ser humano (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009). O principal objectivo foi o de encontrar um instrumento terapêutico eficaz, útil e inovador na medida em que questionaria os modelos: psicométrico, psicanalista e comportamental que vigoravam na altura (Hipólito, 2011; Litaer, & Lasuy, 2010; Moreira, 2010). Assim, pessoa experimenta um processo de mudança no momento em que lhe são fornecidas condições de compreensão e de aceitação que a encorajem a experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos e emoções relativamente ao campo experiencial, contrariamente aquilo que experiencia no seu dia-a-dia (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009).

O acompanhamento psicológico, inspirado neste modelo psicoterapêutico consiste então no tratamento realizado por meios psicológicos, contudo esta não é uma área restrita a psicólogos. Existe um extenso grupo de profissionais não só na área da saúde que inicia a sua formação em psicoterapia ou relação de ajuda ou *counselling*

podendo esta ser realizada em várias abordagens (Leal, 2005; Trindade, & Teixeira, 2000). A psicoterapia representa o trabalho psicológico e emocional realizado entre um terapeuta (psicólogo ou não) e um paciente ou cliente, caso seja através da abordagem centrada na pessoa (Dachroden, 2006; Leal, 2005). Por sua vez, o *counselling* representa uma relação de ajuda que tem como objectivo promover uma melhor adaptação do individuo à situação em determinado momento e melhorar os seus recursos pessoais no que diz respeito ao seu autoconhecimento, à auto-ajuda e à sua autonomia (Trindade, & Teixeira, 2000). O *counselling* diferencia-se da psicoterapia em aspectos muitos específicos porque, centra-se na resolução de um problema específico do individuo, centra-se no presente, tem uma duração curta, é mais orientado para a acção do que para a reflexão, centraliza-se mais na prevenção do que no tratamento (Trindade, & Teixeira, 2000).

Na Terapia Centrada no Cliente, os conceitos chave, os pressupostos teóricos e as atitudes e as características de trabalho do terapeuta são as mesmas, tanto na psicoterapia como no *counselling*, a sua postura de aceitação, de empatia e congruência estão igualmente presentes (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Rogers, 2007; Rogers, 2009; Rogers & Wallen, 2000). A atitude do *counsellor*, ou do terapeuta, é ponto-chave do percurso terapêutico, aquilo que ele transmite ao cliente terá características tão únicas, que por não existirem no seu quotidiano, o nível de compreensão e aceitação disponíveis no *setting* terapêutico o farão sentir-se compreendido e aceite de uma forma incomparável (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Rogers, 2009; Pescitelli, 1996). Esta, deve basear-se no respeito pela integridade da pessoa, assentando nos princípios de que (a) respeita a autonomia pessoal do cliente; (b) acredita na capacidade de ajustamento da própria pessoa; (c) respeita a pessoa total; (d)

tolera e aceita as diferenças do cliente (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Rogers, 2007; Rogers, 2009; Rogers, & Wallen, 2000).

Desta forma, as atitudes tornam-se por si só terapêuticas, constituindo uma relação verdadeiramente empática e compreensiva, estabelecendo um clima em que toda a expressão de atitudes, sentimentos e emoções é permitida, mas nunca exigida (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Rogers, 2009; Pescitelli, 1996). Durante o processo terapêutico a função do terapeuta é construtiva, na base em que é direccional apenas no sentido de ir ao encontro da realização, plenitude e utilização plena das suas potencialidades e capacidades inerentes do cliente (Dachroden, 2006).

As três atitudes fundamentais e indispensáveis são a compreensão empática, a congruência e a aceitação incondicional positiva (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Rogers, 2009; Pescitelli, 1996). Podemos então referir que na compreensão empática o terapeuta entende os sentimentos e os significados que são vivenciados pelo cliente, sem julgar, devolvendo-lhe esta compreensão, entra no seu quadro de referências, o que lhe permite esclarecer o significado trazido pelo cliente, consciente ou inconscientemente (Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009). A congruência diz respeito à autenticidade, ou à coerência interna de um indivíduo. Contempla-se que numa relação de ajuda, quanto mais autêntico for o terapeuta, mais provavelmente serão criadas as condições ideais que possibilitem o crescimento e evolução do cliente (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Moreira, 2010; Rogers, & Wallen, 2000). A aceitação incondicional positiva consiste na capacidade do próprio terapeuta aceitar o seu cliente de forma positiva, isento de condições, de juízos de valor ou críticas, tal como ele é, aceitando os seus sentimentos positivos e também negativos, providenciando ao cliente um sentimento de liberdade experiencial para

compreender as suas experiências e entender como agir melhor (Geller, Greenberg, 2002; Moreira, 2010; Tengland, 2009; Vanaerschot, & Lietaer, 2010).

### **1.2.3. A intervenção com crianças – ludoterapia centrada no cliente.**

A intervenção com crianças contém aspectos muito específicos, sobretudo no que diz respeito ao tipo de relação terapêutica que se estabelece, uma vez que a intervenção realizada com crianças se desenvolve através do jogo, e não da conversa livre e espontânea como acontece com o indivíduo adulto. Contudo os pressupostos, condições necessárias e suficientes e atitudes do terapeuta serão idênticos aos da terapia centrada nos adultos, onde a base fundamental reside na crença da capacidade da criança, tal como o adulto, ser capaz de se auto-desenvolver e evoluir (Rogers, 2004).

Van Belle (1980), elucida-nos para algumas das premissas teóricas: (a) características internas da criança, na criança, a sua experiência representa a sua realidade, a sua reacção ao mundo experiencial é feita de forma organizada e de acordo com a sua tendência para se actualizar; (b) O desenvolver do self e a necessidade de um olhar positivo, enquanto a criança cresce e se desenvolve, as suas experiências vão se diferenciando do seu mundo experiencial e vão acabar por se organizar e transformar no seu auto-conceito. Aqui surge a extrema importância desta ser olhada de forma positiva pelas suas figuras significativas, pois a satisfação retirada daí irá representar uma força interna muito influente na sua vida, que terá origem, não apenas no seu processo interno de valores, mas também, nos valores dos outros que a rodeiam; (c) O desenvolver de um olhar próprio: Ao longo do seu crescimento a criança acabará por ser capaz de se tornar o seu próprio outro significativo, aqui ela será capaz de se olhar a si mesma, positiva ou negativamente; (d) O desenvolvimento das condições de valor: sempre que os outros,

figuras significativas na vida da criança, valorizem ou não alguns aspectos da sua vida ela acabará por se tornar igualmente selectiva no seu olhar próprio.

Isto resultará numa selecção por parte da própria criança de apenas procurar ou evitar as experiencias que ela considera merecedoras de aceitação. É nesta altura que se desenvolvem as condições de valor, pois se uma criança em crescimento apenas experienciasse um olhar positivo incondicional, não se desenvolveriam condições de valor nela, o seu olhar próprio seria isento de condições e a sua necessidade de olhar positivo e olhar próprio nunca estariam em desacordo com a sua avaliação organísmica (Van Belle, 1980). Isto representava para Rogers um indivíduo, ou neste caso uma criança, totalmente funcionante e psicologicamente bem adaptado, mas na realidade na maioria dos casos, isto não acontece, acabando por se desenvolver, aquilo a que chamou de incongruência (Van Belle, 1980).

O desenvolvimento da incongruência acontece quando os indivíduos que desenvolvem condições de valor tendem a entender as suas experiências de forma selectiva, simbolizando aquelas que são congruentes com o seu auto-conceito e excluindo da sua consciência aquelas que não o são. Isto acaba por produzir discrepâncias no seu próprio comportamento. As experiências que estão incongruentes com a estrutura de si mesmo acabam por ser entendidas como ameaçadoras para a sua existência; o indivíduo irá defender-se distorcendo a percepção da sua experiencia e isso acabará por aumentar ainda mais o sentimento de incongruência, acabando por levar a uma desintegração (Van Belle, 1980).

A desintegração por sua vez, acontece quando o indivíduo acumula um alto nível de incongruência que o pode impedir de se consciencializar, e isso acabará por gerar um alto grau de ansiedade. Quando este acontecimento toma proporções extremas, o

indivíduo deixa de se conseguir defender, acabando por se desintegrar e o seu organismo acaba por se desorganizar (Van Belle, 1980).

Já a Reintegração representa o momento em que o processo de desintegração é revertido no indivíduo, diminuindo as suas condições de valor e aumentando o seu olhar próprio incondicional. Da mesma forma que a ausência de um olhar positivo incondicional está na origem da criação das condições de valor, a sua presença poderá agora reverter as mesmas, isto acaba por eliminar a ameaça e o processo de defesa começa a reverter-se a si próprio. O indivíduo acaba por simbolizar mais as experiências na sua consciência, alargando o seu auto-conceito, tornando-se mais integrado e ajustado psicologicamente (Van Belle, 1980).

Virginia Axline eleva a noção de não directividade até ao mundo infantil e em 1947 lança o livro "Ludoterapia – A Dinâmica Interior da Criança" que resulta de uma aplicação do conceito de não directividade no processo terapêutico com a criança, feito através do jogar e do brincar (Brito & Paiva, 2012). Segundo Brito e Paiva em 2012, Rogers e Axline partilham um ponto fundamental: proporcionar à criança uma relação sem o controlo e a influência do terapeuta, uma relação sem directividade, onde ela passa a ser o centro da terapia e não a sua problemática. Para tentar compreender como passar da teoria à prática, Axline (1947) desenvolveu oito princípios fundamentais a estarem presentes no trabalho terapêutico com crianças que passamos agora a explicar.

Em primeiro lugar, Axline, refere que, o terapeuta deve desenvolver um amistoso e cálido relacionamento com a criança, para que se estabeleça o "rapport": Contacto inicial feito com um sorriso que seja representativo de calor e amizade, ter cuidado com o tom de voz utilizado, não forçar a criança a algo que ela não quer fazer, não elogiar as acções praticadas na sala (Axline, 1947).

Em segundo, refere-se que, o terapeuta deve aceitar a criança tal como ela é: através de um relacionamento calmo, firme e amigável, não se mostra impaciente evitando criticar explícita ou implicitamente com actos ou palavras, o tom de voz, a expressão facial e até os gestos podem influenciar o grau de aceitação da criança, explicar à criança que pode brincar com qualquer coisa dentro da sala, ou usar a hora da forma que desejar; explicitar que a criança, naquele espaço, tem o direito de brincar ou não, de conversar ou não, da forma que quiser, depois da criança fazer a sua escolha, o papel do terapeuta é esperar por ela (Axline, 1947).

Posteriormente defende que, o terapeuta deve estabelecer uma sensação de permissividade no relacionamento, para que a criança se sinta livre para expressar os seus sentimentos: a hora da terapia é a hora da criança, e ela pode utilizá-la como desejar, a profundidade dos sentimentos por si demonstrados, durante o tempo da sessão, torna-se possível pela permissividade estabelecida pelo terapeuta (Axline, 1947).

Em quarto lugar, que o terapeuta deve estar alerta para identificar os sentimentos da criança e para os reformular, de tal forma que ela adquira conhecimento sobre o seu comportamento: o jogo da criança simboliza os seus sentimentos, e sempre que o terapeuta tenta traduzir o comportamento simbólico em palavras, está a interpretar, pois diz o que acha que a criança quis dizer com o seu acto, procurar interpretar o menos possível e quando se faz, deverá ser baseada na actividade lúdica evidente (Axline, 1947).

De seguida refere que, o terapeuta deverá manter um profundo respeito pela capacidade da criança para resolver os seus próprios problemas, dando-lhe a oportunidade para isso, a responsabilidade de escolher e de fazer mudanças é da criança: a mudança no comportamento, para ter um valor permanente, deve vir do interior da criança, como resultado de um “insight”, quando o terapeuta coloca nas mãos da criança

a responsabilidade de mudar ou não mudar, é nela que está a centrar a terapia, deve tentar que a criança compreenda que é responsável por si mesmo, é fornecida à criança uma possibilidade de conquistar o seu equilíbrio (Axline, 1947).

Já em sexto lugar refere que, o terapeuta não deverá direccionar as acções ou conversas da criança, de forma alguma: o terapeuta deve sempre esforçar-se por manter a não-directividade a hora da terapia é a hora da criança o terapeuta não é um companheiro de brincadeira, nem um professor. É uma pessoa única aos olhos da criança (Axline, 1947).

Em seguida, Axline alerta que, o terapeuta não deve tentar abreviar a duração da terapia: Quando a criança está pronta a exprimir os seus sentimentos na presença do terapeuta, ela fá-lo, não se pode forçá-la a fazê-lo. A terapia representa uma rara situação na vida da criança em que ela não é empurrada nem apressada, se a criança tiver um problema, o terapeuta não deverá apressar-se, ela expressá-lo-á, quando se sentir preparada (Axline, 1947).

Em último e oitavo lugar, relembra ainda que, o terapeuta deve estabelecer apenas as limitações que forem necessárias para fundamentar a terapia no mundo da realidade e tornar a criança consciente da sua responsabilidade na relação: Para a criança sair da sala de terapia com uma sensação de segurança e de respeito pelo terapeuta, deve ser tratada da mesma maneira, dentro da sala, o factor tempo é o limite principal, tanto a criança como o adulto responsável por ela, deve perceber que o limite de tempo é muito real. O material da sala é o meio através do qual a criança se expressa. Os seus sentimentos são reconhecidos e o terapeuta tenta canalizar as acções em direcção ao material mais adequado (Axline, 1947).

A colocação de limites na relação deve ser utilizada de forma prudente, servindo para, a) Para estabelecer a ligação entre a sessão de terapia e o mundo da realidade; b)

Para defender a terapia de possíveis concepções erradas, confusões, sentimentos de culpa e insegurança. Esse princípio serve de referência para que a participação da criança, a sua responsabilidade e a sua cooperação possam ser avaliadas; c) Conferir uma certa estrutura à situação terapêutica, reduzindo assim a sua potencialidade indutora de ansiedade (Axline, 1947). A ludoterapia representa um meio, e não um fim de aceder ao mundo interno da criança, com um objectivo estritamente relacional, o jogo representa a forma natural da criança se auto exprimir proporcionando-lhe uma forma de se libertar dos seus problemas, acabando por tomar consciência deles e esclarecendo-os, ela aprende a controlá-los e esquece-os (Axline, 1947).

Contudo, durante o processo terapêutico, existem igualmente alguns cuidados a serem tidos, nomeadamente, ter em conta que sempre que uma criança recorre aos serviços de psicologia ou psicoterapia, não irá sozinha nem por sua própria autoria (Leal, 2008; Marques, 2009). Os pais representam o cliente formal e a criança o cliente identificado, ambos deve estar a par do pedido realizado (Axline, 1947). É importante que estas atitudes terapêuticas como, a compreensão empática, um olhar positivo incondicional e o não julgamento se estendam ao relacionamento com os pais, para além da criança, o acolher das angústias parentais, deve fazer parte do processo terapêutico, aceitar e compreender as ansiedades, receios dos pais poderá implicar uma evolução na própria criança, na medida que pais mais felizes possam ajudar as suas crianças a serem mais felizes (Axline, 1947; Rogers, 2004).

Tentando sempre que não sejam criados conflitos com os pais nem segredos com a criança de forma que, a confiança terapêutica não seja quebrada em nenhuma circunstância, contudo é importante referir que os momentos ou sessões mantidas com os pais, ganham um impacto significativo durante o processo terapêutico uma vez que estes são muitas vezes experienciados de uma forma igualmente terapêutica pelos pais,

na medida em que são acolhidas e compreendidas as suas dificuldades, medos e angústias, representando assim num momento potenciador de maior bem-estar e sentimento de aceitação por todos os membros da família, constituindo assim, momentos com um potencial igualmente terapêutico (Axline, 1947; Rogers, 2004).

É igualmente importante que os pais estejam conscientes, não apenas do contrato terapêutico, mas também das alterações e oscilações que poderão surgir ao longo do processo terapêutico, não só na criança mas em toda a família (Axline, 1947).

Ao longo do trabalho desenvolvido durante a realização deste estágio, foram evidentes os vários impactos que a intervenção terapêutica com a criança pode manter no seu sistema familiar e como essas mesmas alterações podem por si só representar muitas vezes para a própria criança uma melhoria muito gratificante, como poderemos ver no capítulo seguinte.

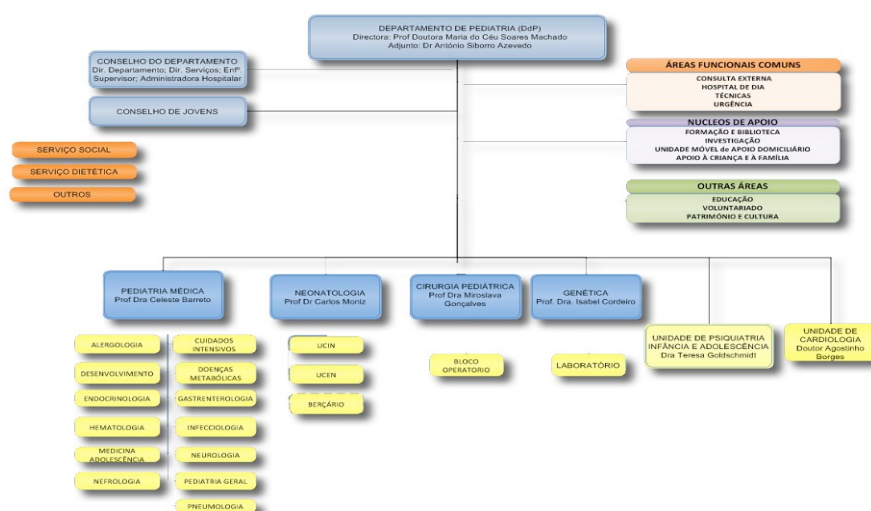
Em seguida, será apresentado o trabalho prático desenvolvido ao longo deste estágio, onde se inclui todo o trabalho directo e indirecto realizado.

## **Parte II: Trabalho de Estágio**

## 2.1. Contextualização e Caracterização da Instituição

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), constituído pelo Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital de Pulido Valente (HPV), representa um dos mais importantes estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde português (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008a) O HSM, inaugurado em Dezembro de 1954, surgiu como resposta à crescente necessidade da existência de um pólo hospitalar no concelho de Lisboa, sobretudo devido ao grande aumento populacional que surgiu na década de 1930/1940. Actualmente designado por CHLN, o HSM representa a maior instituição prestadora de cuidados de saúde diferenciados do país, dispondo de um alargado número de serviços especializados para assistência ao doente e um vasto trabalho desenvolvido na área da investigação médica e clínica. Sendo a grande referência a nível do ensino médico universitário, o HSM é responsável, desde há vários anos, pela distinta formação nas áreas de saúde, apoio assistencial, ensino e investigação (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008b) A UPIA é uma unidade autónoma constituinte do Departamento de Pediatria do HSM, que contempla, vários serviços, unidades e núcleos, como se pode observar através da Figura 1.

**Figura 1.** Organigrama do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Adaptado de "Estrutura: Organigrama" por Pediatria Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2013.



A Unidade de Psiquiatria Infantil e da Adolescência (UPIA), integra todo o sistema de rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral de Saúde desde o ano de 2004 e é responsável pelo atendimento referenciado e criterioso de assistência média anual de 7500 consultas, das quais 4500 de Psicologia Pediátrica (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008a).

Em 2011 a rede de referência da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, previu um aumento, na ordem dos 59%, da população abrangida (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008a).—A equipa da UPIA é constituída por uma coordenadora, dois assistentes, sete psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social em regime de tempo parcial. As valências da equipa são: a realização de consultas externas e apoio a crianças e pais internados em todos os serviços pediátricos, consultas de terapia familiar e a articulação de serviços com a comunidade, incluindo centros de saúde e instituições (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008a). A UPIA é também responsável pelo apoio e acompanhamento psicológico dos seguintes serviços de, cuidados intensivos, doenças infecciosas, doenças metabólicas, gastroenterologia, neurologia, pneumologia, hematologia, endocrinologia, nefrologia, e neonatologia.

### **2.1.1. Objectivos do estágio.**

Este estágio teve como objectivo geral, a observação, aprendizagem e prática dos conteúdos inerentes à prática profissional da Psicologia Clínica. Já como objectivos específicos foram delineados: a) A realização de forma autónoma e competente acompanhamento psicológico a crianças e pais em contexto de consulta externa e interna; b) a realização de avaliações psicológicas e relatórios de avaliação psicológica completos e adequados a cada situação clínica; c) A realização de um projecto de intervenção com o objectivo de identificar e aprofundar os estilos e competências

parentais em crianças com pedidos de intervenção clínica por alterações do comportamento e d) O acompanhamento íntegro de 2 casos clínicos incluindo seu acompanhamento psicológico, avaliação e projecto terapêutico.

Este estágio desenvolveu-se durante os meses de Outubro de 2012 e Julho de 2013 com uma duração total de 885.5 horas.

### **2.1.2. Actividades desenvolvidas na UPIA.**

Conforme indicado na Tabela 2, a UPIA intervém no âmbito do apoio psicológico individual a crianças e pais em regime de consulta externa como também de consulta em regime de internamento; em consultas de terapia familiar que se realizam em contexto de consulta externa com famílias que necessitem de uma intervenção especializada; avaliações psicológicas; consultas de pedopsiquiatria, quer em regime de consulta externa quer em regime de internamento, apoio e intervenção com equipas de apoio social, como a comissão de protecção de crianças e jovens, instituições judiciais, tribunais e instituições de acolhimento e apoio familiar (Consultar Tabela 2).

Tabela 2.

*Actividades Desenvolvidas Na UPIA*

| Actividade               | Objectivo                                                                                              | Técnicos                           |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Triagem clínica          | Realização de história clínica da criança, em parceria com os pais ou figura responsável pela criança. | Psicólogas e enfermeira do serviço |
| Consulta pedopsiquiatria | Acompanhamento pedopsiquiátrico da criança                                                             | Pedopsiquiatras                    |
| Consulta Psicologia      | Acompanhamento da criança e/ou pais em contexto psicoterapêutico                                       | Psicólogas                         |
| Avaliação psicológica    | Criação de um plano de testagem e avaliação das capacidades cognitivas e emocionais da criança         | Psicólogas                         |
| Terapia familiar         | Acompanhamento familiar em contexto psicoterapêutico                                                   | Psicólogas (Terapeutas familiares) |
| Acompanhamento social    | Acompanhamento de casos clínicos que necessitem de intervenção/apoio social                            | Assistente social.                 |
| Trabalho de investigação | Organização e tratamento de dados estatísticos                                                         | Equipa da UPIA                     |

Na UPIA, são também estabelecidas reuniões fixas que visam organizar o trabalho desenvolvido por todos os profissionais de saúde de forma multidisciplinar, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3.

*Reuniões Multidisciplinares com Participação da Equipa de Psicologia*

| <b>Reunião</b>               | <b>Periódidade</b>                                         | <b>Objectivo</b>                                                                                               | <b>Equipa</b>                                                                 |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Passagem de banco            | Diária                                                     | Apresentação de todos os novos casos em internamento do Departamento de Pediatria                              | Directores do Departamento de Pediatria e representantes de todos os serviços |
| Reunião Clínica              | Semanal                                                    | Apresentação e discussão de temáticas sobre saúde infantil por todos os serviços alternadamente                | Directores do Departamento de Pediatria e representantes de todos os serviços |
| Reunião Conjunta             | Semanal                                                    | Apresentação e discussão de artigos científicos e regulamentos no contexto do Desenvolvimento e Saúde Infantil | Equipa da UPIA                                                                |
| Reunião Clínica Geral        | Mensal                                                     | Apresentação e discussão de casos clínicos e projectos da unidade ao restante Departamento                     | Directores do Departamento de Pediatria e representantes de todos os serviços |
| Reunião de Psicologia        | Semanal                                                    | Discussão e avaliação de questões relacionadas com o trabalho da equipa de psicologia                          | Equipa da UPIA                                                                |
| Reunião de Ligação           | Semanal                                                    | Apresentação e discussão de casos de internamento                                                              | Equipa da UPIA                                                                |
| Reunião Terapia Familiar     | Mensal                                                     | Apresentação e discussão de casos clínicos em terapia familiar                                                 | Equipa da UPIA                                                                |
| Reunião de triagem           | Semanal                                                    | Apresentação e discussão de triagens realizadas                                                                | Equipa da UPIA                                                                |
| Reunião de Infecçãoologia    | Semanal                                                    | Apresentação e discussão dos casos em internamento                                                             | Equipa do serviço de infecçãoologia e psicóloga da UPIA                       |
| Reunião de serviços de apoio | Horário e local determinado por ambas as partes envolvidas | Discussão e acompanhamento de casos com intervenção social                                                     | Equipa da UPIA                                                                |

Para além das reuniões pré-estabelecidas, são igualmente realizadas reuniões sempre que necessário entre os profissionais da UPIA e as restantes partes envolvidas na vida e no desenvolvimento das crianças, como por exemplo, professores, directores de turma, responsáveis de instituições e fundações e advogados, de forma a criar um círculo conciso e eficaz no trabalho para o bem-estar físico e emocional das crianças que estão a ser assistidas.

É da máxima importância que seja criado entre os profissionais e o todo o ciclo envolvente da vida da criança, uma ligação coesa e funcional, que permita o conhecimento e desenvolvimento de todas as dinâmicas da criança. Esta é forma de garantir que todas as informações relevantes para o processo terapêutico sejam transmitidas à equipa onde a criança se insere. O contacto regular com a escola ou infantário permite um conhecimento privilegiado com as figuras cuidadores destas crianças, mantendo assim uma ligação que pode não apenas permitir ao psicólogo conhecimentos sobre as suas dinâmicas de grupo, adaptação ao grupo, interacção e funcionamento em relação com as crianças e os adultos. Em alguns casos pode também ser necessário que em articulação com o sistema escolar, possam ser criadas estratégias psico-educativas que permitam uma melhor inclusão da criança no contexto escolar tal como uma melhor forma de ultrapassar gradualmente as suas dificuldades, como por exemplo, em casos de dificuldades escolares e/ou mau aproveitamento. Este contacto com a escola e/ou professores titulares permite igualmente criar uma desmistificação do que pode significar a patologia na vida da criança.

É muitas vezes possível confirmar através dos contactos realizados com a escolas e com os pais, a dificuldade que pode representar para as crianças em acompanhamento, a falta de aceitação e compreensão das suas dificuldades seu contexto escolar, estas são crianças que acabam muitas vezes por serem vistas apenas pela sua

patologia e não pelas suas capacidades e características. É da máxima importância que através do trabalho com a escola, o Psicólogo tente adaptar e melhorar a vivência da criança no seu contexto escolar, através de um trabalho muitas vezes de carácter mais psico-pedagógico em conciliação com a escola, mantendo uma atitude empática e acolhedora das próprias dificuldades do sistema escolar, das dificuldades e desafios que pode significar trabalhar com uma criança com patologias mais graves e muitas vezes a falta de preparação que educadores e professores podem sentir em relação a estas crianças, fazendo um trabalho que permita uma compreensão das dificuldades do outro, mas ao mesmo tempo, conseguindo em conjunto com o Professor ou Educador criar estratégias e adaptações na vida da criança que possam facilitar o seu bem-estar e o do professor/educador.

Contudo esta não é sempre uma tarefa fácil de realizar, a aceitação por parte do psicólogo em contexto escolar pode nem sempre existir, a capacidade de interiorizar a psicologia como uma aliada na educação infantil pode ainda consistir uma dificuldade para alguns membros das escolas e/ou infantários. Nestes casos salienta-se a importância de adaptar uma atitude aceitante, compreensiva e não crítica, não impondo as suas ideias e teorias, evitando que o próprio professor se sinta invadido pelas suas ideias, através de uma atitude empática e colaborante por parte do psicólogo, poderá conseguir evitar julgamentos ou até mesmo o evitamento por parte da equipa escolar.

Com o objectivo de melhor compreender e conhecer as vivências da criança em contexto escolar, são utilizados na UPIA, questionários específicos que visam avaliar as vivências da criança em contexto familiar e escolar. Estes são entregues aos pais numa primeira consulta e trabalhados posteriormente pelo psicólogo e/ou pedopsiquiatra com o objectivo de melhor conhecer as vivências da criança e constituem dados provisórios

para posteriormente integrarem uma futura investigação a desenvolver na UPIA, ainda em a data a determinar.

## **2.2. Trabalho Desenvolvido em Equipa**

### **2.2.1.Trabalho de investigação.**

Cotação e interpretação dos dados obtidos pelos questionários (Anexo A) preenchidos pelos pais (e crianças), são posteriormente trabalhados, interpretados e incluídos na referente base dados para futura investigação interna da UPIA, onde serão analisadas as principais perturbações e queixas apresentadas pelos pais das crianças que recorreram aos serviços da UPIA.

Aqui incluem-se três tipos de questionários:

1) Escalas de SDQ (Questionário de capacidades e dificuldades): nas versões, para pais, para educadores de infância, para professores e para o próprio adolescente; Todos os anos cada questionário e seu tratamento de dados são atribuídos uma estagiária específica, no meu caso foi-me atribuído o questionário SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) cujo objectivo é quantificar e classificar o grau de dificuldade e impacto dos sintomas existentes na vida da criança ou adolescente, dos pais e do professor. Este questionário existe nas seguintes versões: (a) Pais com filhos entre os 3 e os 4 anos; (b) Educadores de crianças entre os 3 e os 4 anos; (c) Pais com filhos entre os 4 e os 16 anos; (d) Professores com alunos entre os 4 e os 16 anos; (e) Próprio adolescente (autoavaliação) para adolescentes entre os 11 e os 16 Anos.

2) Escalas de CONNERS (Escalas para análise de sintomatologia de P.H.D.A.): Preenchimento pelos pais e Professores;

3) Inventário de Saúde Mental (Avaliação de sintomas potencialmente patológicos ou indicadores de perturbação mental): Preenchimento pelos pais;

A cotação destes questionários é realizada manualmente e posteriormente analisada e inserida na sua base de dados correspondente, actualmente a UPIA ainda se encontra numa fase de recolha de dados para que mais tarde possam ser analisados e publicados numa futura investigação, sobre prevalência e tipos de perturbações com maior incidência nos serviços das UPIA.

### **2.2.2. Apresentação de casos clínicos em reuniões clínicas**

Semanalmente em cada reunião clínica, um caso clínico é apresentado pelas pedopsiquiatras e pelas psicólogas da UPIA como pelas suas estagiárias. Em cada data específica a pessoa responsável para apresentação do caso, encarrega-se de apresentar um caso clínico que considere adequado a expor à restante equipa. Durante a realização deste estágio foram apresentados dois casos clínicos, em que ambos foram, trabalhados, construídos e apresentados por mim com a supervisão da orientadora de estágio. A avaliação final da apresentação por parte da coordenação da equipa da UPIA foi de realizada de forma qualitativa e com uma avaliação final em ambos os casos de “Muito Bom”. As reuniões conjuntas também com uma periodicidade semanal, visam a junção das equipas da Unidade da Psiquiatria da Infância e da Adolescência e da Unidade de Desenvolvimento Infantil, onde aleatoriamente cada unidade selecciona um membro da sua equipa para escolher e apresentar um artigo científico em reunião. Durante a realização deste estágio, foram realizadas por mim duas apresentações, uma individual “*A Influencia do Divórcio Parental na Vinculação e no Medo da Intimidade*” e uma apresentação em grupo: “*O Envolvimento Emocional Paterno com o Recém-nascido através do Impacto do Corte do Cordão Umbilical*” (Anexo B). Estas foram investigações seleccionadas pelas estagiárias em causa por representarem temas de

interesse tanto a nível pessoal como para a equipa do serviço de pediatria, tendo sido sempre posteriormente aprovadas pelas orientadoras de estágio.

## **2.3.Trabalho do Psicólogo**

### **2.3.1.Processos de triagem.**

Os processos de triagem consistem na realização da primeira consulta de todos os casos que recorrem à UPIA, esta primeira consulta poderá ser realizada por qualquer membro da equipa da UPIA (psicólogas, pedopsiquiatras ou enfermeira) e tem como objectivo a realização da história clínica, da forma mais completa possível, foram realizados ao longo deste estágio um total de 19 triagens, e duas observadas (Tabela 4).

Tabela 4.

*Processos de Triagem*

|                     | Número | Contexto         |
|---------------------|--------|------------------|
| Triagens Observadas | 2      | Consulta externa |
| Triagens Realizadas | 19     | Consulta externa |
| Total               | 21     | Consulta externa |

As triagens são realizadas em contexto de entrevista semiaberta, aos pais ou figuras cuidadoras da criança e o profissional deve no final dessa consulta obter informações que possam permitir, o preenchimento da ficha completa de triagem do serviço (Anexo C) Os pedidos para a esta primeira consulta são sempre realizados através de um pedido do centro de saúde pertencente à área abrangida pelo Hospital (já descritas na primeira parte deste relatório), ou em forma de pedido interno feito por outro serviço do Hospital.

Através desta consulta o técnico deverá ter em conta o tipo de informação necessária a obter, que poderá ser crucial no complemento da história e processo clínico da criança, entre eles encontram-se: (a) Perturbação actual: início dos sintomas, principais queixas, factores desencadeantes e precipitantes e evolução; (b) Antecedentes pessoais: gravidez, parto, reacções ao bebé, alimentação, sono, desenvolvimento psicomotor, linguagem, controlo de esfíncteres, interacção e reciprocidade na relação, primeiras recordações, separações significativas, adaptação escolar, socialização e expressão de afectos; (c) Historial médico: doenças agudas e crónicas, internamentos, intervenções cirúrgicas, acidente, medicação habitual; (d) Sintomatologia diversa: medo, tiques, rituais, birras, destrutividade, regressões comportamentais, ideação/tentativas suicidas, comportamentos aditivos, alterações do pensamento e da percepção, comportamentos sexualizados; (e) Genograma: história familiar, tipo de família e de ambiente familiar, figuras que coabitem com a criança; (f) História pessoal dos pais: Saúde do pai e da mãe, saúde da família materna e paterna, historial de doenças psiquiátricas, relação com as famílias de origem. Contudo, durante este procedimento, deverá ser sempre realizado um esforço para a tornar a menos estruturada possível, mantendo uma conversa fluida com os pais, em que eram introduzidos os tópicos de maior importância, deixando que fosse conversado de forma mais liberta e não num formato rígido e directivo, para que as angústias e ansiedades dos pais tivessem espaço para serem ouvidas e compreendidas.

Por motivos de agenda e de funcionamento interno da UPIA., é sempre programado que este processo de triagem seja realizado no espaço de tempo de uma consulta, mas em alguns casos dada a complexidade do caso ou até mesmo o nível de ansiedade presente nos pais, é necessário uma segunda consulta para conseguir reunir os dados importantes que possam estar em falta. São também entregue aos pais ou figuras

responsáveis pela criança que participem nesta consulta, três questionários: 1) Questionário de Capacidades e Dificuldades, 2) Questionário - Escala de Conners e 3) Inventário de Saúde Mental;

Posteriormente estes questionários são cotados, interpretados e inseridos em base de dados, como já descrito anteriormente. Posteriormente a esta consulta, o psicólogo deverá preencher com os dados que conseguiu reunir, o formulário de triagem, registar na base de dados esta primeira consulta, atribuindo-lhe um número de processo interno e apresentar o caso na Reunião de Triagem, onde na presença da restante equipa e da coordenadora da UPIA, é decidido se este se enquadra nos critérios de aceitação de casos pela Unidade para consulta de pedopsiquiatria ou de psicologia. Os critérios de aceitação e referenciação disponíveis para atribuição de consulta, encontram-se em anexo. (Anexo D)

### **2.3.2. Avaliações psicológicas.**

As avaliações psicológicas têm como objectivo obter um conhecimento mais completo e abrangente da dinâmica, emocional, relacional e afectiva de cada criança, fornecendo assim ao profissional um maior e melhor número de informações clínicas que permitirão também, a realização de um diagnóstico diferencial eficaz e adequado, contribuindo assim para o despiste e/ou detecção precoce de problemáticas emocionais comportamentais e/ou perturbações psicológicas ou psiquiátricas.

A avaliação psicológica deve estar sempre sustentada e fundamentada no seu método científico, e a aplicação dos instrumentos de avaliação deverá ser encarada como uma parte constituinte de um processo bem mais abrangente que inclui a história clínica e de vida de cada criança e todos os resultados deverão ser olhados à luz dessa vivência e desses dados clínicos. Permitindo assim, que a avaliação psicológica se torne

um processo geral que deve ter sempre o olhar clínico profissional juntamente com os resultados obtidos nos instrumentos psicométricos e projectivos aplicados.

A realização de avaliações psicológicas na UPIA poderá ter lugar em contexto de consulta externa ou de internamento, durante este estágio foi realizado um total de 10 avaliações psicológicas de forma autónoma e observadas três avaliações psicológicas realizadas pela psicóloga orientadora, como se pode confirmar através da tabela 5.

Tabela 5.

*Avaliações psicológicas realizadas e observadas*

|                       | Numero | Contexto         |
|-----------------------|--------|------------------|
| Avaliações Observadas | 3      | Consulta externa |
| Avaliações Realizadas | 10     | Consulta externa |
| Total                 | 13     | Consulta externa |

No caso da realização em contexto de consulta externa, a avaliação é realizada em gabinetes de psicologia, onde previamente cada Psicólogo prepara e adequa a sala à avaliação. Neste caso em particular, foi utilizado um gabinete específico que é partilhado por duas psicólogas e pelas respectivas estagiárias, com horários pré-estabelecidos de utilização. Este gabinete localiza-se perto da sala de espera, o que muitas das vezes implica que o ambiente se torne mais ruidoso e menos calmo e em que algumas interrupções não sejam evitadas, sobretudo devido à partilha de gabinetes, que implica a frequência de entrada e saída das próprias técnicas. O gabinete de consulta possui uma janela o que permite a entrada de luz natural, providenciando assim um ambiente mais acolhedor e convidativo, nele existem uma grande variedade de brinquedos e jogos destinados sobretudo à prática de Ludoterapia, materiais como,

folhas brancas, lápis de cor e de cera e canetas estão também disponíveis e de fácil acesso às crianças. Existe uma secretária e um computador que apesar de poder criar um distanciamento na relação pode ser facilmente evitado uma vez que o Psicólogo poderá optar por não a utilizar como divisória e apenas como apoio.

Existe também um armário de três cacifos que é partilhado pelas Psicólogas e pelas suas estagiárias, o que pode mais uma vez implicar um maior número de interrupções durante as sessões de consultas, quando alguém necessita de ter acesso ao mesmo. Contudo com algum sentido de responsabilidade e respeito, estas interrupções podem ser pouco constantes e por isso prejudicar menos a continuidade e a privacidade necessárias ao processo de consulta e de avaliação psicológica. As sessões de avaliação têm uma duração de 45 minutos, e são marcadas com intervalos semanais, sem número limite de marcações. O pedido de avaliação psicológica pode ser feito por parte das pedopsiquiatras, dos pais, da escola, ou por decisão das próprias psicólogas.

Em contexto de internamento, o processo de avaliação psicológica é realizado na privacidade do quarto do próprio doente ou em caso de impossibilidade de se realizar no quarto, é realizado numa sala própria privada. Aqui o *setting* nunca será o ideal, pelas variantes e condicionantes próprias inerentes a um serviço hospitalar, aqui variáveis como o tempo, a privacidade, o ambiente tranquilo e as interrupções não são muitas das vezes controladas pelo psicólogo, pois imposições necessárias, como tratamentos de enfermagem, visitas médicas, barulhos e actividades do próprio serviço não são paradas nem alteradas para que o acompanhamento psicológico se realize. Desta forma, todas as condicionantes devem ser bem geridas quer pelo psicólogo quer pelo paciente, em que o esforço constante e dedicação por parte do Psicólogo são imprescindíveis para que o acompanhamento seja feito da melhor forma, tentando ultrapassar todas as variáveis que nele muitas das vezes, existem

Após concluído o processo de avaliação, é realizado o tratamento e cotação dos dados obtidos e realizado um relatório de avaliação psicológica, que é entregue à parte que requisitou o pedido de avaliação. O relatório é sempre readaptado a quem o recebe, caso seja à pedopsiquiatra ou à própria psicóloga será realizado de uma forma mais clínica e descritiva, caso seja entregue aos pais terá de ser redigida uma versão com uma linguagem menos técnica e mais cuidada que permita uma melhor compreensão das conclusões obtidas, caso seja entregue à escola, será igualmente readaptado de forma a não transmitir informações que não sejam cruciais para o bem-estar da criança evitando assim, possíveis fugas de informação de carácter mais pessoal e íntimo da criança e da sua família. A devolução dos resultados é sempre da responsabilidade da técnica que realiza a avaliação, em que é realizada uma consulta final específica para a devolução dos resultados aos pais.

Por uma questão de regras de funcionamento do serviço, todos os relatórios de avaliação de cada criança, são colocados no processo clínico individual de cada criança, isto permite uma possível consulta de todos os técnicos às informações sobre a criança, o que poderá por um lado ser benéfico no conhecimento geral da criança mas também numa variável de risco, pelo difícil controlo de quem poderá ter acesso a estas informações, de carácter tão íntimo e pessoal. Os materiais disponíveis para realização das avaliações psicológicas, são fornecidos e financiados pelo Hospital de Santa Maria, o que implica que nem sempre se possa ter acesso a determinado material sem que antes tal gasto seja aprovado pelos serviços hospitalares. Contudo, existem vários testes psicológicos disponíveis para utilização, como se pode verificar na tabela 6.

Tabela 6.

*Instrumentos utilizados nas avaliações psicológicas realizadas*

| Teste                                                       | Autor          | Tipologia               | Idade                                          |
|-------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III) | David Wechsler | Inteligência            | Dos 6 aos 16 anos                              |
| Teste de Apercepção Infantil (C.A.T.)                       | Henry Muray    | Projecção Emocional     | Dos 3 Aos<br>10 Anos e<br>dos 3 Aos 14<br>Anos |
| Figura Complexa de Rey                                      | A. Rey         | Função Visuo-perceptiva | Dos 4 Aos 8<br>Anos e<br>dos>8                 |
| Desenho da Família                                          | L. Corman      | Dinâmica afectiva       | Crianças e<br>Adolescentes                     |

**2.3.3. Acompanhamentos psicológicos.**

O aconselhamento psicológico deve representar uma relação de carácter terapêutico que tem como objectivo, promover uma melhor adaptação da criança à sua vida em geral, ou em determinado momento. Melhorando os seus recursos pessoais no que diz respeito à sua autonomia e à sua capacidade interna de evoluir, melhorar, desenvolver-se e adaptar-se. Os acompanhamentos psicológicos são realizados exclusivamente pela equipa de psicologia da UPIA, tal como pelas estagiárias de psicologia aquando a decisão das orientadoras supervisoras. Os pedidos para acompanhamento surgem sempre por parte das pedopsiquiatras e pela coordenadora da UPIA, ou em caso de serem realizados em contexto de internamento, pela equipa médica de cada serviço.

Como podemos observar na tabela 7, realizamos ao longo deste estágio, um total de 11 acompanhamentos psicológicos e observamos 36 acompanhamentos.

Tabela 7.

*Acompanhamentos psicológicos observados e realizados*

|                            | Número | Contexto                        |
|----------------------------|--------|---------------------------------|
| Acompanhamentos Observados | 22     | Consulta externa                |
| Acompanhamentos Observados | 14     | Internamento                    |
| Acompanhamentos Realizados | 4      | Consulta externa                |
| Acompanhamentos Realizados | 7      | Consulta internamento           |
| Total                      | 47     | Consulta externa e Internamento |

Os acompanhamentos psicológicos em contexto de consulta externa, têm igualmente uma duração de 45 minutos por sessão e uma frequência quinzenal, semanal ou mensal consoante a fase em que encontra o processo terapêutico individual de cada criança, dada a necessidade de ajustar a o número e o espaçamento de sessões terapêuticas com a necessidade de cada caso. Numa fase inicial são mantidas sessões mais frequentes (semanais ou quinzenais) e numa fase mais conclusiva são alargadas para sessões mensais.

Nos acompanhamentos psicológicos em contexto de internamento o pedido para acompanhamento Psicológico, surge sempre por parte ou da equipa médica que considera necessária uma intervenção psicológica em determinado caso e remete o pedido ao psicólogo responsável pelo serviço em causa, ou surge por parte dos próprios pais ou criança que pedem um apoio psicológico. Os acompanhamentos foram

realizados no serviço de Infecçiology Pediátrica do Hospital, aqui, a maior parte das intervenções Psicológicas são realizadas por motivos de apoio a pais e crianças, durante o processo de integração e adaptação ao próprio processo de hospitalização juntamente com o apoio prestado à adaptação à própria doença e ao diagnóstico da mesma, como por exemplo o apoio e intervenção na adaptação ao diagnóstico do HIV.

Quando o acompanhamento psicológico é realizado em contexto de internamento, é efectuado na privacidade do quarto do próprio doente ou em caso de impossibilidade de se realizar no quarto, é realizado numa sala própria privada. Aqui o *setting* nunca será o ideal, pelas variantes e condicionantes próprias inerentes a um serviço hospitalar, aqui variáveis como o tempo, a privacidade, o ambiente tranquilo e as interrupções não são muitas das vezes controladas pelo psicólogo, pois imposições necessárias, como tratamentos de enfermagem, visitas médicas, barulhos e actividades do próprio serviço não são paradas nem alteradas para que o acompanhamento Psicológico se realize. Desta forma, todas as condicionantes devem ser bem geridas quer pelo psicólogo quer pelo paciente, em que o esforço constante e dedicação por parte do Psicólogo são imprescindíveis para que o acompanhamento seja feito da melhor forma, tentando ultrapassar todas as variáveis que nele muitas das vezes, existem.

O acompanhamento psicológico é sempre baseado e conduzido através do modelo teórico de cada Psicólogo, como já foi referido anteriormente. Na UPIA, existe como fundamento teórico maioritário, uma perspectiva sistémica. Foi por isso nesta linha que foram transmitidas as aprendizagens a cada uma das estagiárias, isto por si só não implicará que esta fosse a forma obrigatória de trabalhar. Na minha escolha pessoal, todas as análises de casos, e postura de interacção com as crianças não correspondeu a uma perspectiva sistémica mas sim a uma postura inspirada nos pilares da Terapia Centrada no Cliente. Esta consistiu numa escolha pessoal, baseada não só nos

fundamentos da minha aprendizagem através do curso de psicologia, mas também uma escolha de carácter pessoal que mais sentido me fez enquanto estagiária, não desvalorizando em algum momento o trabalho desenvolvido pelos profissionais da UPIA.

Quando somos colocados numa situação destas, em que a prática não corresponde aquilo que nos faz mais sentido os sentimentos de receio, angustia e insegurança podem ser avassaladores, fazendo-nos colocar em causa as competências necessárias para a realização do trabalho que nos é proposto realizar. Contudo, com a realização deste estágio foi-me possível compreender que nem sempre existe um percurso linear e coerente, mas sim um caminho alterado e imprevisível que nos obrigada a uma readaptação muitas das vezes inesperada. Durante a prática deste estágio, nunca me fora negado ou impedido o direito de poder olhar, compreender, e analisar os casos de forma diferente à da UPIA, apesar de ter sido orientada por alguém profissionalmente inspirada noutro modelo teórico, fui sempre livre de seguir o meu próprio caminho e a minha própria linha de pensamento e de visão sobre o outro. Por isso, em todas as sessões de acompanhamento em contexto de observação estes foram realizados pela orientadora de estágio, numa perspectiva sistémica, analisados de uma forma sistémica e trabalhados da mesma forma, por sua vez com o apoio dos seminários de estágio e da orientadoras de seminário, foi-me possível trabalhar estes casos e compreende-los de uma forma mais compreensiva e centrada na pessoa, tanto nos acompanhamentos apenas observados como posteriormente nos acompanhamentos já realizados de forma autónoma. Aqui as sessões foram também supervisionadas pela orientadora de estágio, que apesar de não partilhar a mesma visão foi capaz de permitir percorrer o meu próprio caminho, mesmo existindo formas de trabalhar diferentes, em

que a partilha de diferentes pontos de vista sobre o mesmo caso, foi muitíssimo enriquecedor e nada prejudicial.

A observação de acompanhamentos psicológicos já iniciados pela orientadora de estágio em anos anteriores e a sua observação começou no início da realização deste estágio e prolongou-se até ao final do mesmo, contudo esta considerou-se uma observação participante pelo seu carácter participativo e activo no processo terapêutico, como por exemplo, o brincar, o conversar e interagir com a criança sempre que tal fosse de sua própria iniciativa. Estes foram guiados e trabalhados de uma forma sistémica, enquanto posteriormente eram analisados por mim dentro e fora de contexto de seminário de estágio com uma perspectiva mais centrada no cliente.

A realização de acompanhamentos psicológicos em contexto de consulta externa de forma autónoma mas supervisionada pela orientadora de estágio, que sempre analisou os casos através da sua perspectiva sistémica, mas sempre foi capaz de me ouvir, compreender e respeitar na minha perspectiva mais centrada no cliente. Nestes acompanhamentos foi mantido como suporte teórico baseado numa atitude não directiva, através da crença e da confiança de cada individuo tem dentro de si, todas as capacidades necessárias para encontrar as respostas aos seus próprios problemas, e que o papel do psicólogo é nestes casos, acompanha-lo nesta busca árdua e complexa pelas suas próprias soluções. Foi mantida sempre uma postura que fosse de acordo com as três atitudes elementares àquela que deverá ser a postura do psicólogo que visa adoptar uma postura centrada no cliente, através da compreensão empática, da congruência e da aceitação incondicional positiva pelo outro e pelo seu problema. Como estagiária debati-me com inúmeras dificuldades sobretudo devidas à inexperiência e à entrada inicial no mundo real e profissional, contudo, através das sessões de apoio e de esclarecimento tanto em contexto de estágio como sobretudo de seminário de estágio fui

sendo capaz de ponderar, reavaliar, e corrigir todos aqueles que considere os meus erros e dificuldades.

Sobretudo no que dizia respeito às falhas principais e de maior dificuldade que foram as respostas de compreensão empática, que deverão ter como objectivo a noção por parte da criança que está efectivamente e verdadeiramente a ser compreendida e aceite. Onde foram necessárias, muitas análises de respostas e de trabalho desenvolvido em seminário de estágio, para me começar a sentir mais segura e capaz de as realizar, de uma forma que eu sentisse como a adequada. Como se poderá ver na posterior apresentação de casos, apesar das dificuldades enunciadas, ambos os casos mantiveram uma evolução clínica positiva, com uma diminuição dos sintomas apresentados inicialmente e de uma melhor adaptação na vida escolar e familiar por parte das crianças em acompanhamento psicológico<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> É importante referir que ao longo dos capítulos apresentados, a denominação de terapeuta ou psicoterapeuta deve apenas ser utilizada como referência. O trabalho desenvolvido em contexto de psicoterapia implica uma formação específica em psicoterapia, por isso denominamos o nosso trabalho como *acompanhamento psicológico* e não como psicoterapia.

### **III. Apresentação de Casos Clínicos**

### **3. Apresentação de Casos Clínicos**

Durante a realização deste estágio, foram realizados 11 acompanhamentos psicológicos no total, dos quais foram seleccionados dois para que fizessem parte da elaboração deste relatório, por assim o definir o regulamento de estágios académicos em psicologia, sob o qual nos baseamos. A selecção destes dois casos<sup>2</sup> deveu-se à sua complexidade, evolução terapêutica e diagnóstico, por serem ambos casos representativos das principais perturbações encontradas na UPIA, e por serem os dois casos onde foram encontrados os maiores desafios e onde foram realizadas para além do acompanhamento psicológico, avaliações psicológicas o que permite uma análise e compreensão mais ampla e completa de cada um.

#### **3.1. Caso Clínico do A**

O A nasceu em 2005, e recorre aos serviços de psicologia em 2009, o pedido de consulta surge através do centro de saúde, pelo seu médico de saúde por suspeita de Hiperactividade, através de uma elevada agitação motora, instabilidade comportamental e emocional. Na altura de realização da sua primeira história clínica o A tinha quatro anos e nove meses de idade. Após o seu processo ter sido aprovado teve a sua primeira consulta de Pedopsiquiatria em Março de 2010. Em Dezembro 2013 é feito o pedido por parte da Pedopsiquiatra para avaliação e acompanhamento psicológico por aumento de conflitos familiares e colocação do A, durante seis meses na Instituição de internamento de Lisboa, até essa data o A, foi acompanhado apenas em consultas de pedopsiquiatria.

---

<sup>2</sup> Por motivos de regulamento interno hospitalar, da protecção da privacidade e confidencialidade dos utentes da UPIA, não são permitidas gravações das consultas de psicologia, pelo mesmo motivo não foi possível realizar uma transcrição completa de uma sessão de acompanhamento psicológico. Contudo durante a apresentação serão referidas várias citações directas, registadas por mim em contexto de consulta.

Esta é uma questão que implica uma grande dificuldade no que diz respeito ao trabalho psicológico desenvolvido, uma vez que durante um longo período de tempo, os casos são muitas vezes apenas acompanhados em contexto pedopsiquiátrico, esta representa a forma de funcionamento da UPIA, em que primeiramente todos os casos mantêm um acompanhamento pedopsiquiátrico e só posteriormente aquando decisão de cada pedopsiquiatra poderá passar a beneficiar de acompanhamento psicológico se assim for decidido, esta metodologia da própria unidade, poderá implicar um agravamento da problemática em causa, na medida em que o acompanhamento psicológico poderá ser iniciado muito tardiamente, condicionando em muito o trabalho do psicólogo.

Para uma melhor compreensão, toda a informação relativa a este caso, encontra-se em anexo (Anexo E).

Na tabela 8, é possível analisar as datas de primeiras consultas do A em cada especialidade.

Tabela 8.

*Listagem de intervenções do A na UPIA*

| Tipo de intervenção       | Primeira consulta | Idade             |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Triagem                   | Dezembro/2009     | 4 Anos e 11 meses |
| Consultas pedopsiquiatria | Março/2010        | 5 Anos de 2 meses |
| Consultas psicologia      | Dezembro/2012     | 7 Anos e 11 meses |

O A, teve um total de 20 sessões de consulta psicológica, uma primeira consulta, sete consultas de avaliação psicológica e oito consultas de acompanhamento psicológico e quatro faltas.

### **3.1.1. História clínica.**

Na sua primeira consulta de triagem na UPIA recolhida por uma Psicóloga da unidade, a mãe descrevia o A como uma criança muito irrequieta e cansativa. Referia que “nunca dormiu até aos dois anos” (sic), com um sono muito leve com períodos muito curtos chegava a acordar de duas em duas horas durante a noite, chorava e pedia para ir brincar. Raramente dormia a sesta, caso contrário só adormecia por volta das 3:00h ou 4:00h da madrugada.

Quando brincava era sempre muito irrequieto e agitado, não conseguia ter uma brincadeira estruturada com “princípio, meio e fim” (sic), e deixava frequentemente as tarefas a meio, passado para outras de forma muito rápida e até desajeitada, não era capaz de brincar muito tempo sozinho, sempre que estava numa divisão da casa sozinho a brincar, estava constantemente a chamar a mãe.

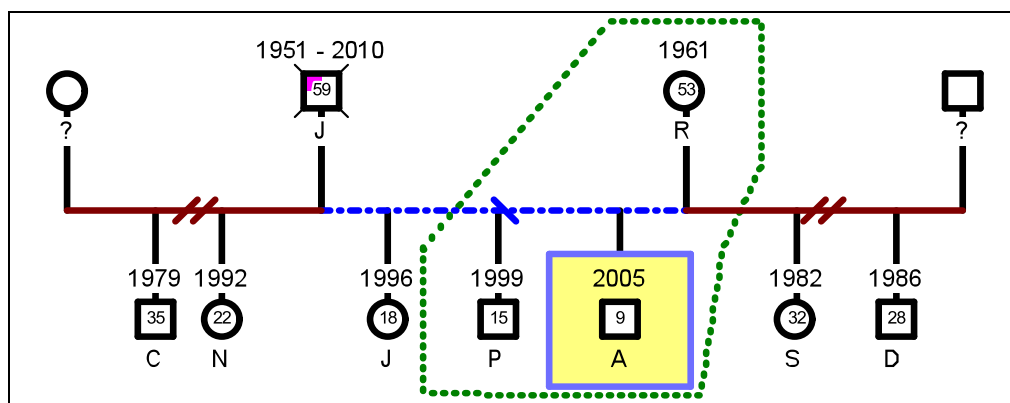
O A ficou em casa com a mãe até aos três anos, depois começou a frequentar uma ama que se queixava frequentemente da irrequietude e da instabilidade do A. Contudo, nesta ama, o seu comportamento era muito diferente do que quando estava em casa, sobretudo no que diz respeito em adesão às regras e aos horários de comer. Em casa não respeitava as regras impostas pela mãe e não obedecia, nunca queria comer e raramente terminava as refeições. Em casa da ama, apesar de agitado e irrequieto, era capaz de cumprir as regras e os limites impostos e comer sempre a horas e sem problemas em terminar as refeições.

A mãe de A sentia na altura de realização da triagem, que o seu comportamento estava a piorar cada vez mais, estava mais agitado ainda, menos prudente e menos atento a tudo o que o rodeava. Mãe referia que “parece maluco, não mede o perigo sobre mesas e cadeiras e atira-se, salta do sofá e da cama acabando muitas vezes por se magoar” (sic).

### *Dinâmica Familiar*

O A é o irmão mais novo de uma fratria de sete, em que quatro dos seus irmãos são filhos de relacionamentos anteriores do pai e da mãe do A. Na altura da triagem o pai do A ainda era vivia em casa com a mãe do A e os três filhos do casal mas já padecendo de um cancro terminal e falecendo dois meses depois da data de triagem.

**Figura 2.** Genograma do caso clínico A



A mãe conta que o seu relacionamento com o pai A, sempre foi conturbado e sempre muito instável sobretudo pela sua agressividade e sua tendência para o alcoolismo, estavam então separados mas a coabitar por mutuo acordo, meses antes da consulta de triagem, tinha sido diagnosticado ao pai de A, um cancro terminal na

garganta, nesta altura a mãe descreve o estado do ex-marido como “muito frágil e a dar as últimas” (sic).

A mãe descreve que a relação entre o A e o seu pai sempre foi muito distante e muito fria, refere que as crianças assistiam às agressões do pai perante a mãe e que isso as intimidava e impedia de criar algum tipo de relacionamento com o pai. A mãe refere em relação a si mesma, um historial de depressões desde muito nova, sempre diagnosticadas e medicadas pelo seu médico de família com anti-depressivos e ansiolíticos. Chega mesmo a referir de uma forma muito natural que já se tentou suicidar várias vezes, através de uma sobremedicação, sobretudo pela sobrecarga que os seus filhos representam na sua vida.

Em Janeiro de 2010, o pai de A faleceu em consequência do cancro terminal já diagnosticado no ano anterior. A mãe de A, diz que o filho sentiu e ainda sente muito a morte do seu pai, desde a sua morte a até hoje, refere muitas vezes que tem saudades do pai e que quer ir ver a campa do pai ao cemitério, conversa com a fotografia do pai e dá-lhe beijos frequentemente.

Em Agosto de 2012, quando o A tinha sete anos, a sua irmã mais velha J, fez uma queixa por agressões físicas por parte da mãe às entidades policiais e que remeteu a queixa à comissão de protecção de menores, que em menos de um mês retirou o A e o seu irmão mais velho P e os entregou aos cuidados da Instituição de internamento de Lisboa, onde permaneceram institucionalizados durante seis meses. A irmã J que procedeu à casa queixa foi igualmente institucionalizada numa outra instituição. Tanto a mãe como a professora de A, referem que esta queixa não passou de uma atitude irreflectida da irmã adolescente de A que por ambicionar mais liberdade, por desejar ir viver com a sua meia-irmã paterna e não ser autorizada pela mãe, acabou por fazer uma queixa pouco fundamentada que posteriormente acabou por desvalorizar perante as

autoridades, mas mesmo assim o processo na comissão de protecção de menores, prosseguiu.

Durante este tempo, a mãe de A visitava os dois filhos na instituição em alguns fins-de-semana, mas não em todos, pois refere que não era capaz de lá ir muitas vezes pelo sofrimento que isso lhe causava, ver os seus filhos num local onde não queriam estar e de onde não poderiam sair. Seis meses depois da retirada das crianças, o A e o JP são novamente entregues à mãe com as condições de que esta seja vigiada, controlada e que cumpra algumas ordens impostas pela comissão de protecção de menores, entre elas: a realização de obras em casa para que ambos os irmãos possam ter um quarto próprio e camas individuais e visitas presenciais e sem marcação pela assistente social.

Desde então tanto a mãe como os seus dois filhos, recusam-se a ter qualquer tipo de contacto com esta irmã que continua entregue a uma instituição por escolha própria até à maioridade. O A, mantém uma relação muito próxima apenas com o seu irmão mais velho P, em relação aos seus outros irmãos apenas os conheceu e é mantido um contacto muito esporádico, em épocas festivas ou ocasiões especiais. Desde o desentendimento que levou à institucionalização do A e do seu irmão P, ambos os irmãos se recusam a conviver ou encontrar-se com a irmã J apesar das insistências da mesma.

A gravidez do A, foi planeada e de alto risco, pela já idade avançada da mãe (44 anos). A mãe descreve a sua gravidez como “muito agitada e nervosa” os conflitos, discussões e agressões físicas por parte do pai de A, em casa eram frequentes entre o casal. A partir do 7º mês da gravidez do A, o casal decide separar-se mas continua a viver na mesma casa, por questões financeiras. O A nasceu às 39 semanas, com 3,880kg, 51 cm e um apgar 9/10. Mãe e filho ficaram internados durante seis dias na maternidade, para que o A pudesse recuperar de um vírus que a sua mãe não sabe

especificar. A mãe descreve o seu bebé como “Sempre a chorar e querer a mama na boca!”, refere que se sentia “sempre muito cansada e sozinha porque não tive ajudas de ninguém”.

Em relação ao seu desenvolvimento, o A foi amamentado até aos dois meses, sempre aderiu bem às transições alimentares, mas sempre foi muito selectivo na sua alimentação, até aos quatro anos de idade sempre comeu muito pouco. Actualmente, a mãe queixa-se que o A come demasiado, está sempre a pedir para comer e tem engordado visivelmente nos últimos meses. Sempre dormiu muito pouco, raramente tem sono e quando dorme, tem sonos agitados, em criança sempre partilhou o quarto com os irmãos mas dormia na sua própria cama. Actualmente, dorme com a sua mãe numa cama na sala, porque desde há um ano que a casa está em obras que foram impostas pela comissão de protecção de menores.

No seu percurso escolar, entre os três e os cinco anos ficou em casa da sua ama, entrou na pré-escola aos cinco anos, com problemas em adaptar-se tinha muitos conflitos com colegas, não era capaz de obedecer à professora nem de cumprir regras e limites que lhe eram impostos. Posteriormente na escola primária aos seis anos, mantiveram-se as mesmas queixas de conflitos constantes com os colegas, uma postura muito irrequieta, dificuldades de atenção e concentração e uma dificuldade em cumprir regras e aceitar limites. Actualmente, apesar de manter resultados escolares satisfatórios, apresenta maiores dificuldades na Língua Portuguesa sobretudo devido à alteração do método de ensino durante o tempo que permaneceu na instituição. A sua professora descreve-o como criança mais ansiosa, irrequieta e agitada desde que regressou da Instituição de internamento.

Em termos de socialização, a mãe descreve o A é como uma criança muito sociável gosta de passar tempo a brincar com os amigos e tem um grupo de amigos na

escola e na vizinhança com quem brinca frequentemente. Professora confirma, afirmando que o A, na escola mantém relações de amizade muito estruturadas e bem definidas, participa regularmente nos campeonatos de futebol da escola onde mantém sempre uma postura carismática e entusiasta perante as outras crianças.

Clinicamente, o A desde criança que tem algumas alergias alimentares e ao pó, nunca foi internado e não são referidas doenças graves durante o seu desenvolvimento, é acompanhado em consultas de pedopsiquiatria desde 2010 e está desde então medicado para a hiperactividade com Risperidona®, que segundo a mãe não surte efeitos.

Em relação a medos, a mãe descreve que desde criança que tem medo do escuro, actualmente refere ter medo de morrer e de ir para o inferno.

Após dois anos e nove meses de acompanhamento pedopsiquiátrico, é realizado o pedido de acompanhamento psicológico por parte da sua pedopsiquiatra.

### **3.1.2. Avaliação psicológica.**

O pedido de avaliação e acompanhamento psicológico surge por parte da sua pedopsiquiatra, sobretudo baseado na sua maior instabilidade emocional apesar da medicação em utilização e um acréscimo de dificuldades escolares, desde que regressou da Instituição de internamento.

Na sua primeira consulta em Dezembro de 2012, foi realizada uma actualização na sua história clínica juntamente com a sua mãe. A mãe apresentava um aspecto muito cansado e desinvestido, mantendo uma postura paradoxal, na medida em que se mantinha muito fria e distante mas ao mesmo tempo excessivamente cuidadosa com o A, durante a consulta assoa-lhe o nariz, aperta-lhe os sapatos e trata-o de uma forma muito infantilizada.

Refere que o A desde que regressou da instituição de internamento está mais agressivo com os colegas na escola, evita conversar com a mãe ou com a professora sobre os seus sentimentos e preocupações, recusa que a mãe lhe dê banho e está constantemente agitado e com uma postura ansiosa. Desde que regressou da instituição de internamento, o seu sono tornou-se mais conturbado, tem pesadelos frequentes e acorda com choro e gritos constantemente, mas quando a mãe tenta explorar esta questão junto dele, recusa-se a falar e desvaloriza o assunto. Refere também várias vezes durante a primeira consulta a sua forte suspeita de abusos sexuais na Instituição de internamento, refere que já por várias vezes tentou abordar esta questão com A, que nega ter sido vítima de abusos mas que igualmente nega falar sobre a sua estadia nesta instituição referindo “Não quero falar. Não quero voltar mais para lá não quero estar longe de casa. Só não deixes que eles me venham buscar mais!” (sic).

Durante esta consulta o A manteve-se sempre sentado a brincar com os legos e raramente procurou a mãe, quando questões mais íntimas eram levantadas, como a questão da suspeita dos abusos sexuais o A, olhava rapidamente para a mãe de forma atenta e preocupada, mas não falou sobre nada. Quando tentámos responder de forma empática à sua visível ansiedade e preocupação, o A sorria-me de forma carinhosa mas sem dizer nada.

Posteriormente à primeira consulta considerou-se a importância de realizar uma avaliação psicológica, antes de iniciar o acompanhamento psicológico, tendo em conta as necessidades e as características do caso e os instrumentos disponíveis na UPIA, criou-se então um plano de testagem que visasse responder às necessidades clínicas específicas do A, como se pode verificar na Tabela 9.

Tabela 9.

*Plano de testagem da avaliação psicológica do A*

| Teste                 | Objectivo                                                                                                                                                                                                  | Sessão                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Desenho Livre         | Análise da representação gráfica de sentimentos e emoções, das capacidades motoras e de estruturação espacial, tal como nível de desenvolvimento inerentes ao desenho.                                     | 1 <sup>a</sup>                  |
| Observação<br>Livre   | Observação e análise das dinâmicas emocionais projectadas no brincar e nas dinâmicas de jogo, permitindo assim um melhor conhecimento das dinâmicas internas da criança de uma forma natural e espontânea. | 1 <sup>a</sup>                  |
| Desenho da<br>Família | Análise e interpretação da representação das relações e dinâmicas familiares e de outras vivências significativas para o A.                                                                                | 1 <sup>a</sup>                  |
| Wisc-III              | Avaliação das competências e capacidades intelectuais do A.                                                                                                                                                | 2 <sup>a</sup> / 3 <sup>a</sup> |
| C.A.T. - A            | Análise da projecção da dinâmica emocional e sentimental do A.                                                                                                                                             | 4 <sup>a</sup>                  |

Na data prevista para realizar a primeira sessão de avaliação o A faltou, a sua mãe não ligou a avisar ou a justificar a sua ausência. Foi então, enviada uma nova marcação para o A.

Na segunda marcação, o A vem com uma postura bastante ansiosa mas sorridente e comunicativo, senta-se rapidamente na cadeira e fica expectante a olhar para mim e eu tento responder de forma empática e compreensiva à sua visível ansiedade: “ *A, percebo que isto para ti pode ser tudo muito novo e até um pouco assustador.* “ O A, sorri e responde: “*Sim*” (sic).

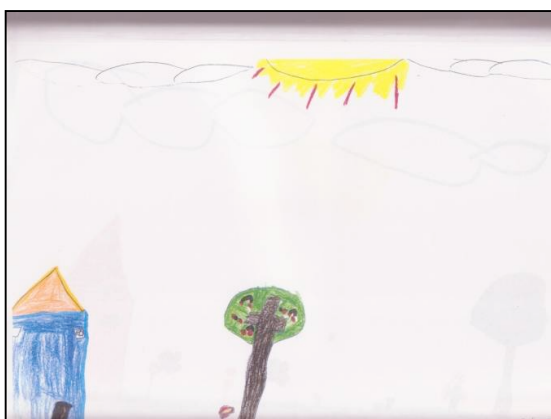
O A, acaba por aderir de uma forma fácil mas ansiosa às provas que lhe são colocadas, acabando por expressar uma necessidade intrínseca de conseguir realizar com sucesso todas as actividades que realiza, contudo, nos momentos de maior

difficuldade, a sua ansiedade é bastante visível, através de tiques nervosos como o piscar dos olhos consecutivo e uma respiração mais acelerada.

### *Desenho Livre*

Quando faz o desenho livre o A, refere: *“É uma flor, dois caracóis, um sol e nuvens. Isto é um quintal muito bonito que tinha uma árvore cheia de cerejas e uma casa muito bonita. Lá vive uma menina chamada Marta, que tem 7 anos, eu já tenho 8. Ela vive com os pais João e Helena, eles divertem-se e as vezes chateiam-se mas divertem-se mais do que se chateiam...”* (sic).

**Figura 3.** Desenho livre do caso clínico A



As cores utilizadas são alegres e variadas, o seu traço para além de investido é regular para a sua faixa etária. À medida que faz o desenho, o A vai verbalizando o que nele se encontra. Verifica-se a ocupação quase total da folha o que implica um a vontade com o tema e com o material, os traços são suaves e as cores bem definidas e adequadas a cada uma das figuras. Demonstra uma boa capacidade de organização e lógica por parte do A, enquanto realiza uma tarefa de forma espontânea.

Apesar de um aparente teor de positivismo e harmonia nos elementos desenhados, como a flor, a árvore, as frutas e os caracóis, é possível encontrar uma evidente referência ao sistema familiar do A, onde inclui não na realização do desenho mas apenas na sua descrição a história de uma criança que vive de uma forma alegre e harmoniosa com os seus pais num ambiente de amor e união. O facto de esta descrição incluir personagens familiares não representadas fisicamente no desenho, poderá representar a necessidade do A de fantasiar e desejar no seu íntimo o conceito de uma família proveniente de união, cumplicidade e amor. O desejo pela tríade pai, mãe e filho, está de acordo a fase ainda experienciada pelo A, de luto e saudade por um pai já falecido, agora idealizado de uma forma mais acentuada e idealizada.

Apresenta um traço dentro do esperado para a sua faixa etária, e uma boa capacidade de organização e estruturação perceptiva, apresentado um desenho equilibrado, investido e estruturado. Acaba por projectar com maior evidência a sua experiência e sentimentos enquanto faz a descrição do desenho, através da referência a um ambiente familiar idealizado, que tal como poderemos ver mais afrente na sua prova projectiva C.A.T., que acabará por vir confirmar esta ideia.

O A, investe muito na pintura do desenho, refere que adora pintar e colorir desenhos que lhe dão na escola durante as actividades de tempos livres e que acredita ser um dos melhores meninos a pintar desenhos, *“Adoro desenhar! Lá na escola sou o melhor a pintar e o mais rápido!”* (sic).

#### *Desenho da Família de Corman*

Proponho ao A, que realize o desenho da sua família, aceita come entusiasmo e começa rapidamente o seu desenho.

**Figura 4.** Desenho da família do caso clínico A



Depois a meio do seu desenho conta que, *“Isto é a minha família...Só estou cá eu... Eramos muito felizes, estávamos sempre a brincar mas às vezes discutiam, o pai e a mãe. E a J era muito curiosa. A J estava sempre a ver se alguém lhe ia tirar as suas cerejas. E o M desenhava muito bem e a mãe cozinhava muito bem. O M ensinou a J a desenhar e ela era a melhor da turma e a mais inteligente. Vitória, vitória acabou-se a história!”* (sic).

Continua a pintar o desenho, agora de uma forma mais investida do que no início e pergunta: *“Queres conhecer a minha família? Vou-te contar...”* (sic).

Enquanto pinta o desenho conta-me que, *“O meu pai já morreu mas é muito fixe, tenho muitas saudades dele sabes ... A minha mãe é boazinha e o P também. A J e a M são más e muito mentirosas. Só me fazem mal ...Odeio-as... Depois há os outros que são meus irmãos do sangue mas não me lembro deles ao pé de mim. Ah e falta a Dulce, que é a minha cadelinha que é muita lindinha.”* (sic).

No seu desenho da família o A, continua sem conseguir representar fisicamente o seu sistema familiar, acaba por se refugiar da angústia que isso lhe causa, através da representação de um ambiente calmo e harmonioso, com elementos tranquilizadores e

alegres que acabam por suprimir o sofrimento e a insegurança que este sistema lhe possa causar.

Quando acaba por relatar o seu desenho, é visível no conteúdo e no tom do seu discurso, a angústia que este tema lhe causa. Aqui é visível a sua dinâmica familiar bem reflectida, sobretudo no que diz respeito aos conflitos e discussões onde as suas irmãs mais velhas estão directamente envolvidas. O A, é capaz de verbalizar e reflectir sobre esta dinâmica aqui expressa apesar do seu evidente sofrimento e tristeza.

Tento compreender o que me está a tentar transmitir e digo-lhe: *“Apesar de o pai já não estar cá ao pé de ti continuas a guardar uma boa imagem dele e sentes a falta dele. Deve ser muito difícil para ti sentir saudades de alguém que era tão importante para ti...”* (sic).

O A baixa a cabeça e acrescenta: *“Sim...Mas não quero falar disso. Podemos jogar?”* (sic). A dificuldade e a tristeza do A, perante este tema, ainda não lhe permitia desenvolver este tema de forma aprofundada e por isso, tentando respeitar o seu espaço e o seu próprio tempo, não se insistiu nesta temática.

No fim da sessão o A, quis construir um puzzle onde o tema eram os animais da selva, aqui o A não introduz o tema da sua família e acaba por conversar sobre a escola e os jogos de futebol que tanto gosta de fazer, enquanto calmamente construímos os dois o puzzle escolhido por ele.

### *WISC-III*

As duas sessões seguintes destinaram-se à realização da Wisc-III, o A aderiu bem a todas as provas, mas demonstrando algum desconforto quando não era capaz de dar uma resposta que sentisse como adequada.

O A manteve sempre colaborante e motivado durante a realização deste teste, contudo o seu nível de motivação estava muito dependente do seu grau de confiança para conseguir realizar as provas. O medo de falhar ou de não conseguir dar uma resposta que considera-se adequada, acabava por lhe causar uma grande ansiedade e dificuldade em terminar as provas dentro do tempo, acabando por prejudicar o seu desempenho.

Contudo todas as provas foram realizadas com empenho e dedicação por parte do A, a sua vontade de manter uma boa prestação foi muito visível durante a realização do teste.

Como podemos confirmar através da tabela 10 nesta prova de inteligência, o A obteve um resultado médio inferior ao esperado para a sua faixa etária.

Tabela 10.

*Resultados da WISC –III*

| Índice Factorial            | Percentil | Intervalo de confiança (95%) |
|-----------------------------|-----------|------------------------------|
| Verbal                      | 30        | 85-100                       |
| Realização                  | 25        | 82-100                       |
| Escala completa             | 21        | 81-98                        |
| Compreensão verbal          | 30        | 85-101                       |
| Organização perceptiva      | 34        | 86-104                       |
| Velocidade de processamento | 23        | 81-102                       |

Os resultados na escala verbal e na escala de realização foram estatisticamente semelhantes, sem desnível acentuado entre as provas verbais e as de realização. Isto significa que existe um certo equilíbrio entre as capacidades inatas e as adquiridas com a evolução escolar, embora aquém do esperado para a sua idade.

Na análise do seu perfil individual observa-se que o A, obteve os seus melhores resultados nas provas independentes das aquisições escolares, provas sobretudo ligadas ao Factor G, à inteligência geral, o que traduz potencialidade ao nível da capacidade de abstracção e de representação mental.

Nas provas mais dependentes das aquisições escolares e de integração dos conhecimentos aprendidos, obteve resultados mais baixos, o que influencia o seu baixo investimento escolar, e assimilação dos valores e conhecimentos transmitidos pela escola e pelo meio envolvente.

Apresenta um nível verbal, dentro do esperado para a sua faixa etária, o que se reflecte nas suas capacidades de expressão de ideias ou conceitos, revelando, um investimento na língua materna, tal como uma boa capacidade lexical e de compreensão das palavras e suas definições.

Nas provas que remetiam para o raciocínio e cálculo numérico, o A obteve também resultados dentro do esperado para a sua faixa etária, revelando capacidades no que respeita às operações mentais sobre situações concretas representadas por símbolos numéricos.

Demonstrou uma baixa capacidade de adaptação prática e social, o que significa que possui pouco entendimento ao nível do entendimento das regras do grupo de pares, bem como de integração das normas parentais e sociais, revelando baixo potencial na extracção de informações do meio envolvente.

Apresentou resultados mais baixos, nas provas dependentes da sua capacidade de percepção fina, o que significa que tem dificuldade em discriminar a informação crucial da acessória.

Obteve também resultados inferiores ao esperado nas provas que remetem para a capacidade de associar números a símbolos e de memorizar correctamente essas associações, revelando dificuldades de aprendizagem «mecânica» automatizada.

Do ponto de vista mnésico, é notória uma dificuldade no que respeita à retenção dos conhecimentos, não se verificando uma aquisição suficiente, que permitiria a posterior aplicação dos mesmos.

O A, apresentou igualmente dificuldades na estruturação espacial, e na organização do esquema corporal, o que o impede de imaginar uma figura no seu todo, parecendo perder-se enquanto tenta estruturar a figura.

Associado a este facto, apresentou igualmente algumas dificuldades em visualizar e construir um objecto a partir das suas partes, evidenciando um baixo desempenho ao nível da orientação e estruturação espaciais e da organização perceptiva, apresentando lacunas na representação interna dos objectos.

Não obstante, este facto parece dever-se a uma marcada dificuldade de atenção e concentração e pouca resistência à distractibilidade que, aliadas a uma lentificação no processamento da informação, prejudicam todo o processo de aprendizagem.

*C.A.T. -A*

A escolha desta prova teve como objectivo uma avaliação e compreensão da dinâmica emocional do A, a aplicação desta prova em concreto baseou-se na disponibilidade dos instrumentos, que daqueles que se encontram disponíveis na UPIA, o CAT-A, é de todos a prova mais completa em casos de uma avaliação projectiva. Esta

prova foi realizada em ultimo lugar, como sempre acontece numa avaliação psicológica realizada na UPIA, o objectivo é que possa ser aplicada numa sessão que em a criança já se encontre mais familiarizada com o técnico, conseguindo de uma forma mais confiante e segura, projectar algumas das suas vivencias que podem em alguns casos, implicar algum sofrimento, inibição e até mesmo vergonha, na medida em que a criança só se sentirá segura o suficiente, para realizar uma prova tão complexa e invasiva da sua própria dinâmica emocional, se o seu sentimento de segurança e a vontade estiver presente.

Contudo, acredito que estas condições poderão estar melhor asseguradas não apenas numa última sessão de avaliação, mas sobretudo através da postura e atitude mantida pelo técnico durante as sessões com a criança. Aqui mais uma vez de revela da máxima importância a adopção de uma postura por parte do técnico isenta de julgamentos, criticas ou questões não importantes para o processo terapêutico, mas sim uma postura segura, tranquilizadora, isenta de critica e não directiva, mas sim aceite e compreensiva da própria essência da criança, transmitindo-lhe assim um sentimento de aceitação e confiança que lhe permita uma segurança suficiente para transmitir ao técnico tudo aquilo que lhe é mais intimo e pessoal, as suas emoções.

Na sessão seguinte, o A faltou novamente, a mãe ligou a informar que o A se encontrava doente e que não estava em condições de ir à consulta marcada. Foi enviada uma nova marcação, à qual o A, chegou 30 minutos atrasado e numa cadeira de rodas.

Mãe refere que o A torceu o pé e que pediu emprestada uma cadeira de rodas, para que este não esforçasse o pé no chão, mais uma vez é visível o cuidado extremo e exagerado por parte da sua mãe que acaba por muitas vezes ser empurrada pelo A, quando tenta por exemplo limpar-lhe a boca com um papel. Este reage empurrando-a e dizendo “Epá larga-me”.

Aqui considere importante compreender a mãe na sua necessidade de cuidado e de preocupação com o A, mas tentado também consciencializar para uma necessidade de autonomia por parte do A, a mãe demonstrou-se bastante aceite e compreensiva. Acabou por pedir para sair mais cedo para ir com o A, a uma outra consulta e por motivos de tempo, não se iniciou a prova projectiva e procedeu-se a pedido do A, a realização de um jogo de cartas.

Na sessão seguinte, iniciámos a prova C.A.T., foi visível o desconforto e a ansiedade do A, durante a prova sobretudo em provas que reflectiam uma dinâmica familiar. Contudo, o A, acabou por concluir a prova. Não recusando nenhuma das pranchas do teste. A maioria das suas histórias, são representativas de uma idealização de um ambiente familiar com uma família feliz, unida, que se ama e brinca entre si. As figuras maternas e paternas que juntas cuidam dos seus filhos e em que todos partilham na sua casa um ambiente de felicidade e de cumplicidade entre si.

As restantes histórias, já em menor número dizem respeito a um conflito muito explícito entre as figuras que representam o mal e o bem, em que os animais entre si disputam uma luta em que na maioria das vezes o bem acaba por vencer, durante as sessões de acompanhamento psicológica a questão entre o bem e o mal surge muitas vezes pelo A, sobretudo na dificuldade distinguir todos os comportamentos que o tornam um menino bom ou um menino mau, na medida em que deverá ou não ser merecedor do carinho e da atenção dos outros.

Nesta prova projectiva, salienta-se, a sua verbalização sucinta e algo fria, sem um investimento na caracterização das personagens e com pouca implicação emocional.

O A, utiliza uma descrição e uma a caracterização dos personagens em situações pontuais de interacção e/ou confronto, criando histórias marcadas, essencialmente, por temas de abandono, solidão e tristeza. Estas, fazem sobressair conflitos e angústias que

parecem, de alguma forma, espelhar aspectos da sua vivência actual, quer de uma forma mais idealizada e simbólica, que de uma forma mais crua.

Estes relatos tendem a apresentar um cunho depressivo, em especial, quando remetem para as fragilidades presentes na relação dos filhos com os seus pais, tornando-se claro o desejo de contenção, de "colo e aconchego".

Durante as sessões de avaliação o A, manteve sempre uma postura activa e colaborante, apesar de uma visível ansiedade, sobretudo em momentos onde não era capaz de dar uma resposta aos problemas apresentados, ou em situações que abordassem o funcionamento e relações familiares. O A manteve-se sempre bem-disposto, menos agitado do que quando na presença da mãe na primeira consulta, simpático e comunicativo.

No final das sessões foi realizado o relatório de avaliação psicológica, este relatório (Anexo F) foi entregue e discutido com a sua pedopsiquiatra por quem foi feito o pedido de avaliação.

Aqui irão surgir as primeiras dificuldades em aceitar ou compreender algumas regras de funcionamento inerentes ao funcionamento da instituição que poderão, num ponto de vista mais pessoal, por em causa o papel de autonomia e profissionalismo do psicólogo. Na medida em que, a forma de estruturar e desenvolver o relatório, obedece a critérios pré estabelecidos e muito condicionados à vontade da própria coordenação da UPIA. Acabando assim por condicionar e reduzir em muito a própria autonomia e liberdade profissional do psicólogo para conseguir expor, construir e delinear o seu relatório da forma que mais sentido lhe fizer. Os relatórios apresentados, obedecem à estrutura e forma de escrita imposta pela UPIA, contudo, com o objectivo de enriquecimento pessoal e de aprendizagem foi elaborado por mim, um segundo

relatório, que se encontra em anexo, que visasse do ponto de vista mais pessoal, melhorar o meu trabalho. (Anexo G).

Hoje, algum tempo depois da realização deste estágio, através de novas experiências e já com uma diferente visão e conhecimento do mundo da Psicologia, considero que esta avaliação psicológica, poderia ter sido muito enriquecida com mais instrumentos de avaliação, diferentes posturas e metodologias. Aqui seria necessária, a aplicação de novos instrumentos que permitissem mais informações e que permitissem uma avaliação mais eficaz para um diagnóstico diferencial e da sua compreensão global enquanto pessoa.

Actualmente, numa nova perspectiva reformularia o plano de testagem a aplicar, incluindo: Provas grafo-perceptivas como a prova Figura Complexa de Rey; Provas de atenção e concentração através da prova, Toulouse-Piéron; Provas de avaliação da percepção e lateralidade com a prova Reversal Test; Provas de avaliação de comportamento na escola e em casa, pela professora e pelos pais, respectivamente através dos questionários Escala de Conners e de Achenbach.

Para além da inclusão de novas provas, acredito que fosse igualmente importante, alterar o sistema de funcionamento da própria devolução de resultados, é inerente ao funcionamento da UPIA que o relatório seja apenas devolvido à Pedopsiquiatra que faz o pedido de avaliação, e que esta por sua vez faça a devolução dos resultados aos pais e à criança. Este é um sistema que põe em causa, a própria função do psicólogo, na medida em que esta é uma tarefa que lhe deve pertencer, quem construiu, delineou e procedeu a esta avaliação mantém um conhecimento completo e integrado de todos os resultados e de todas as implicações que estes poderão ter, na vida dos pais e da criança. Por isso, essa deverá ser uma etapa ainda constituinte do processo

de avaliação da máxima importância, tanto para o Psicólogo como para o cliente identificado, a criança e o cliente formal, os pais.

A passagem desta etapa para um segundo técnico não participativo no processo de avaliação pode por em causa não apenas o profissionalismo, autonomia e congruência do próprio técnico como também uma sobreposição de papéis e de funções, tanto para os pais como para a criança.

No fim da avaliação psicológica, foi pedido por parte da Pedopsiquiatra do A, que este continuasse comigo em sessões de acompanhamento psicológico. Foi então delineado com a mãe e com o A, na primeira sessão de acompanhamento um contrato terapêutico que visasse a preparação e compreensão por parte de ambos desta próxima etapa e daquilo que ela iria envolver.

### **3.1.3. Acompanhamento psicológico.**

#### *Primeira Consulta*

Como já referido anteriormente, foram realizadas ao todo, oito sessões de acompanhamento psicológico com o A, durante a realização deste estágio. Contudo posteriormente foram realizadas mais sessões uma vez que apesar da finalização do estágio, mantive a minha presença na UPIA com o objectivo de dar continuidade aos acompanhamentos psicológicos a convite da coordenação da UPIA.

A primeira sessão, foi iniciada com a mãe por ser a representante legal do A como menor, e com o A como cliente principal e identificado.

Esta primeira fase teve como objectivo, realizar o contrato terapêutico, com ambos, aqui foram informados das minhas qualificações como estagiária e métodos de trabalho, da frequência das consultas em regime quinzenal, devido à disponibilidade da mãe e dos horários disponíveis para consultas, foi explicada a necessidade de vinda do

A a estas consultas que tinham como objectivo o acompanhamento psicológico do A de forma a que se conseguisse reestruturar-se a si mesmo e às suas vivências, através de um ambiente terapêutico aceitante e acolhedor que lhe permitisse ultrapassar algumas dificuldades emocionais, através do desenvolvimento das suas próprias competências internas, através da sua capacidade de se auto-actualizar e se auto-desenvolver, reintegrando-se a si mesmo e promovendo o desenvolvimento de um olhar próprio, autónomo, adaptado e plenamente funcionante, ultrapassando assim as suas incongruências potencialmente bloqueadoras de um bem-estar e adaptação ao mundo.

Alertando a mãe para as alterações que poderá vir a sentir no comportamento e forma de estar do A, ao longo do processo terapêutico, uma vez que através de um aumento da confiança em si e da sua autonomia poderiam surgir alguns comportamentos novos no A, inerentes ao processo em si, que por não ser na sua forma de acontecer, um processo linear, poderia implicar “altos” e “baixos” ao longo do acompanhamento. A mãe do A, comprometeu-se de imediato a aceitar as condições terapeutas propostas, mostrando-se aceitante e disponível a iniciar esta nova etapa. Foi também pedido à mãe a autorização para que se pudesse proceder ao contacto com a escola, nomeadamente com a Professora, com o objectivo de melhor conhecer e comunicar com a escola de uma forma agilizar o processo e trabalho terapêutico, através de uma multidisciplinaridade para o sucesso terapêutico do A.

Juntamente com o A, foram também apresentadas e propostas as características desta nova fase, de uma forma simples de forma a conseguisse entender de uma forma clara, esta nova fase onde entraríamos em conjunto.

Enquanto estamos sentados a jogar juntos, o A, conversa de forma espontânea sobre a escola, conta que teve tudo notas positivas, demonstra orgulho em si mesmo e acaba por relacionar esse orgulho de conquista do sucesso escolar com o tempo de

ausência que teve na escola por ter estado institucionalizado na Instituição de internamento: *“Estive muito tempo longe da escola e lá na outra não consegui aprender nada mas agora que voltei até me portei bem e acho que consegui ter boas notas”*.

Tento responder-lhe adequadamente: *“Foi difícil para ti estares longe da tua escola, da tua professora e dos teus amigos, numa escola nova onde não conhecias ninguém e aprender é bem mais difícil assim. Mas agora que voltaste para casa e apesar das dificuldades para te adaptares conseguiste ter boas notas porque te esforçaste e te aplicaste muito.”* O A, com um olhar muito terno e calmo responde: *“Pois é. Sou muito aplicado!”* Sorri e continua a pintar.

No final da consulta o A, pergunta a mãe quando irá voltar para brincar o que me faz acreditar que este foi um ambiente onde se sentiu bem e confortável, mas antes que me seja possível transmitir-lhe isto, a sua mãe responde-lhe que voltará daí a quinze dias e ele corre para os baloiços da rua.

Nesta primeira consulta, o A mantém uma postura sempre muito disponível e demonstra-se capaz de reflectir e expor com facilidade as suas dificuldades e capacidades. Responde bem a esta forma e postura com que o recebo, através de uma postura aberta, compreensiva e aceitante revelando assim um bom *insight* através da reflexão e validação das respostas que lhe vou dando. É capaz de se manter atento à actividade que se vai desenrolando, conseguindo contudo manter um nível coerente e estruturado na conversa que vamos mantendo.

Não resiste nem evita esta dinâmica que envolve um diálogo continuado e é capaz de partilhar de forma construtiva e analítica todos os seus receios, dificuldades e até sucessos alcançados. Aceita de uma forma motivada e alegre que nos voltemos a encontrar, o que faz acreditar que esta sessão possa ter representado para si um local onde se tenha sentido verdadeiramente bem, na medida em que a aceitação e a validação

dos seus sentimentos lhe possam ter transmitido um sentimento de segurança e confiança que lhe permita querer voltar.

### *Segunda e Terceira Consulta*

Nas duas seguintes consultas, o A, vem sempre com uma postura alegre e bem-disposta, aparentemente motivado e feliz por poder voltar a estar numa sessão comigo, o que me faz sentir um bom grau de confiança e segurança para dar continuidade a este processo, de uma forma mais coerente e menos ambivalente devido ao meu sentimento de insegurança sobre a minha própria postura, na medida em que a inexperiência nos faz muitas das vezes duvidar, das nossas competências, pondo em causa se conseguiremos estar ou não a altura de ajudar estas crianças da melhor forma.

Pede sempre para construirmos um puzzle em conjunto, conversa sobre a escola, e o torneio de futebol que é muito importante para si. Pondera as melhores tácticas de jogo e faz-me desenhos para que eu perceba onde se posiciona em campo e como marca os golos. Demonstra uma grande compreensão pelos outros, conta que no fim das aulas ensina aqueles que são menos bons a jogar à bola para que possam ficar mais “fortes e poderosos” e que refere ainda que *“Se somos mais bons temos de ajudar os mais fraquinhos a ficarem mais fortes e poderosos porque assim eles aprendem connosco”* (sic).

Consigo entender no seu discurso o seu sentimento de responsabilidade e de cuidado com os outros, juntamente com a felicidade que sente por ser responsável por uma equipa: *“Parece-me que tens uma posição muito importante perante a tua equipa, que és capaz de comandar as tropas e fazer com que façam um bom trabalho, isso exige que sejas muito responsável e muito preocupado com os outros, por conseguires fazer um bom trabalho, ganham a vitória o que deve ser uma sensação muito boa ...”* (sic)

O A responde: *“Pois é, isso mesmo... Eu sou como o Ronaldo. O Capitão!”*  
(sic)

Durante o resto da nossa sessão o A continua a explicar-me de uma forma muito explícita e clara, todo o funcionamento inerente a um campeonato de futebol na escola. O que faz ponderar que possa ser importante para si, transmitir-me mais da sua vida, para que eu o possa compreender melhor na sua forma de viver e experienciar o mundo, fazendo com que certa forma, possamos ficar mais próximos, conhecendo-nos melhor.

No final da sessão o A pergunta quando irá voltar e explico-lhe os dias que faltam e se faltará muito para a nossa próxima consulta, explico-lhe quando será e quantos dias irão faltar, e tento devolver-lhe a vontade que senti no seu discurso de voltar às nossas sessões: *“Queres saber se estarás muito tempo sem cá voltar, talvez porque este é um sítio onde gostas de vir e de fazer parte ...”* (sic). O A interrompe-me e diz: *“Sim gosto muito de cá vir...”* (sic). Acabo por lhe responder que também me faz muito feliz a sua presença e que fico contente de saber que este é um espaço onde se sente seguro e feliz.

Na terceira consulta de acompanhamento psicológico, o A entra na sala com uma postura mais triste do que o habitual nas consultas anteriores, senta-se na cadeira e com as mãos uma na outra, refere que vem preocupado e conta-me: *“Sabes, este fim-de-semana fui lá com a mãe ao sítio antigo onde estava ... A Instituição de internamento, fui ver alguns meus amigos que gosto muito, que costumavam lá estar comigo muito tempo. Alguns já foram embora mas o R ainda lá está e a família dele não o vai buscar. Será que ele vai lá ficar para sempre?”*

Tento abordar a sua preocupação da melhor forma e respondo: *“Nesta visita que fizeste com a mãe à instituição pudeste ver e matar algumas saudades dos teus amigos, com quem passaste muito tempo e se tornaram importantes para ti, mas ao mesmo*

*tempo ficaste preocupado por ver que o R continua lá e que não voltou para casa da família como tu, isso deixa-te triste primeiro porque ele continua longe da família dele, a sentir-se talvez sozinho e com saudades e depois porque não sabes quando é que ele vai sair de lá, o que preocupa como amigo dele que és.”*

O A, diz que sim com a cabeça e rapidamente introduz outro assunto começando a falar do torneio que terá na escola na semana seguinte. Reparo na sua dificuldade em aprofundar a sua estadia na instituição e acompanho-o na sua mudança de assunto, de forma a tentar respeitar o seu tempo e o seu próprio ritmo.

Estas foram sessões de carácter muito diferentes, em que na primeira o A mantém uma postura bastante alegre e motivada, demonstrando um sentimento de preenchimento e de estabilidade. O que faz com que com o final da sessão, me tenha transmitido um sentimento de sucesso que se alterou na segunda sessão em que pela primeira vez o A, expõe o seu lado mais frágil e ferido pelo significado da sua experiencia na instituição de internamento aqui experiencio pela primeira vez um sentimento de impotência, em conseguir melhorar o seu estado de espírito, apesar de consciente que não será apenas esse o meu papel, foi com dificuldade que geri a angustia do A, e da própria angustia que se gerou em mim.

Nesta ultima sessão, o A refere pela primeira vez o assunto que o entristece, que o comove e incomoda. Isto implica que se tenha sentido confortável e seguro o suficiente para o fazer, levando a acreditar que este é um espaço onde realmente se sente seguro o suficiente para falar não só das suas alegrias mas também das suas angústias. Apensar disso, o tema da institucionalização é ainda um tema de grande delicadeza e dificuldade para o A, por isso foi sempre tentado responder de forma compreensiva ao seu sofrimento, não forçando contudo o desenvolvimento deste, respeitando o seu

próprio tempo e o seu próprio ritmo, na medida em que se considera que o abordará sempre que isso for importante e necessário para si.

#### *Quarta e Quinta Consulta*

Na consulta seguinte, o A chega com a mãe com um atraso de 20 minutos. A mãe refere que teve nas urgências com A porque passou a noite anterior com muita febre e que lhe foi diagnosticada uma otite, mantém-se sempre com a cabeça no colo da mãe, visivelmente desconfortável e geme com dores pedindo para ir dormir.

#### *Sessão com a mãe*

A mãe refere que precisa de conversar comigo e que está preocupada com o A, porque na noite anterior o A acordou durante um pesadelo a chorar e a gritar muito, a mãe interpreta esta ansiedade como representativa de um possível abuso sexual na instituição de internamento, assunto este que é referido por ela com muita preocupação frequentemente.

Tento transmitir a mãe a compreensão pelo seu sofrimento e preocupação, explicando-lhe também a importância de que seja dado ao A, o seu próprio tempo e ritmo não pressionando, acreditando que quando lhe for possível será capaz de conversar mais facilmente sobre o tempo que passou na Instituição de internamento, do que lhe aconteceu ou não e de como se sentiu, mas que isso terá de acontecer pelo seu próprio ritmo e no seu próprio tempo.

A mãe transparece um sentimento de maior calma, pela consciência de que as suas preocupações foram ouvidas e tidas em conta, mostra-se bastante receptiva à ideia de que o A, apesar de se sentir em sofrimento, necessitará do seu próprio tempo, e que quando se sentir preparado o suficiente será capaz de expor e trabalhar as suas dificuldades, mas apenas quando ele o quiser.

Nesta sessão, a presença da mãe e a sua dinâmica com o A, ganham uma maior relevância, a sua preocupação e ansiedade com o bem-estar do A, são evidentes. A angústia e preocupação que lhe causa pensar no sofrimento do seu filho representa um peso muito grande no seu próprio bem-estar, mantém uma postura muito preocupada e dependente com o A, que acaba em algumas situações por representar algum sentimento de “sufoco” no próprio A.

A sua forma de lidar com o A, é pouco promotora de autonomia e de independência, o que acaba por se revelar uma dificuldade para o A que ambiciona ser mais independente e livre sobretudo na sua rotina diária, de tomar banho, vestir-se e comer. A postura da sua mãe impede-o de conseguir sentir-se independente, uma vez que a sua mãe insiste em dar-lhe o banho, em apertar-lhe os sapatos e cortar-lhe toda a comida em pedaços. Foram trabalhadas estas questões com a mãe tentando compreender e aceitar as suas preocupações e boas intenções no cuidado do filho, mas alertando para a necessidade de o A se sentir mais “crescido”, responsável e autónomo, trabalhando o seu desenvolvimento e adaptação a todos os níveis.

Durante esta conversa o A, manteve-se sempre de olhos fechados ao colo da mãe, tento perceber como se sente, mas o A diz sentir-se muito cansado e pede para ir para casa descansar. Por não se encontrar obviamente em condições o A volta para casa com a marcação da próxima consulta.

Na quinta consulta, reparo mesmo antes do início da consulta que o A vem mais irrequieto e agitado do que o habitual, corre pela sala de espera, foge para a rua e ignora sempre que a mãe o chama para voltar para dentro. Quando iniciamos a nossa consulta, o A mantém-se mais agitado do que o habitual, com uma postura muito irrequieta levanta-se varias vezes e remexe os puzzles de forma agitada, tento responder à sua agitação e o A, rapidamente retira um puzzle a sua escolha e dirige-se para o meu lado e

quando começa a montar o puzzle conta-me *“Ontem estive a brincar com um mano mais velho que tenho, sabes ele é só filho do meu pai. Não conheces o meu pai porque ele já morreu não é? Eu gostava muito dele e tenho saudades dele. Mas não podemos contar à mãe porque ela não gosta que eu fale nisso e começa logo a ficar esquisita!”* Tento compreender o que me está a transmitir e a sentir e respondo-lhe: *“Parece-me que o dia que tiveste com o teu mano mais velho te fez lembrar do pai, de quem tem muitas saudades por já não poderes estar com ele, deve ser difícil para ti não poderes conversar sobre isso com a mãe porque ela fica mais enervada e isso deixa-te ainda mais triste, por teres de esconder aquilo que sentes.”* O A, responde *“Sim pois é. Falo contigo porque sei que guardas os meus segredos”*.

Transmito-lhe que percebo como é importante para ele sentir que pode ter alguém com quem partilhar os seus sentimentos, de forma livre e espontânea, e a meio da nossa sessão o A, acaba por ficar mais calmo e menos agitado física e emocionalmente. Despede-se de mim e dá-me um abraço por sua iniciativa em seguida, corre para rua e volta a fugir e a evitar o contacto com a mãe.

Nesta ultima sessão, o A expõe pela primeira vez o tema da morte do seu pai aqui são evidentes, alguns sentimentos de ambivalência em relação a sua dinâmica com sua mãe, que promove o envolvimento do A, com tristeza causada pela morte do pai, mas ao mesmo tempo não lhe promove o espaço e a aceitação necessária para que sinta seguro e capaz de expressar os seus sentimentos. Esta dificuldade de aceitação por parte da mãe do A, a alguns dos seus sentimentos e emoções, acaba por representar para o A, uma dificuldade em expressar livremente o que sente e o que pensa, sabendo que isso poderá implicar uma discussão ou uma recaída no estado mais depressivo da sua mãe.

Desta forma se tenta providenciar ao A, através das nossas sessões um espaço disponível e aceitante que lhe permita trabalhar as suas emoções de uma forma livre,

aceitante e não crítica. O que representa num aumento da confiança na relação e posteriormente em si mesmo.

#### *Sexta e Sétima Consulta*

Nesta sessão o A, vem menos agitado do que na última sessão, entra com um sorriso e diz-me de imediato que passou de ano e que está muito feliz mas que esta felicidade reparte-se com uma angustia em relação ao seu irmão que não passou de ano, deixando assim a mãe de ambos triste e chateada “ (...) *Quer dizer, ela está triste e contente e eu também. Porque eu passei de ano mas o mano JP não.*” Tento da melhor forma devolver o que sinto me está a querer dizer “*Parece que nestes dias aconteceram coisas boas e coisas, a coisa boa é que passaste de ano e isso deixa-te muito contente, mas ao mesmo tempo é difícil ficar contente porque o mano não conseguiu passar o ano e isso deixa-te preocupado e triste por ele*”.

O A responde que sim, e acrescenta “*Acho que o mano vai conseguir ficar melhor no próximo ano, porque ele não conseguiu sentir-se bem quando voltámos da CP, e acho que foi por isso que ele não passou*”. Respondo-lhe que “*Achas que o vosso regresso da CP para a escola não foi muito fácil, mas para o mano foi mais difícil do que para ti porque não se conseguiu adaptar bem e isso fez com que reprovasse de ano, mas acreditas que com o tempo ele ficará melhor e que para o ano as coisas irão correr melhor.*” O A responde “Sim é isso pois!”.

Nesta sessão achei importante começar a preparar o A para a interrupção das férias que iríamos ter: “*Hoje gostava de te explicar que ainda teremos mais duas sessões em conjunto mas que depois vem as férias, sei que vais de férias com a mãe e eu também vou, o vai fazer com que fiquemos algum tempo sem nos vermos, como é que isso te faz sentir?*” O A responde: “*Normal. Depois das férias continuamos a brincar não é?*”.

Depois da minha resposta positiva o A acrescenta *“Então pronto. É só um tempinho.”*

No fim da sessão o A transmite à mãe por sua iniciativa a nossa conversa e diz-lhe que vamos todos de férias mas que depois iremos voltar às consultas.

Na penúltima e sétima sessão, a mãe do A liga para a UPIA e avisa que não poderão comparecer porque o A está doente e que deve estar de repouso sem sair de casa e sem ir a escola tal como às consultas. Foi agradecido à mãe o aviso da falta do A, uma vez que demonstrou alguma preocupação, pois poderia simplesmente não o fazer.

#### *Oitava Consulta*

Na nossa última sessão, o A chega com um aspecto muito cansado e refere que tem muito sono porque se deitou muito tarde, conta que ficou até de madrugada com o irmão mais velho a ver televisão porque está de férias mas que se teve de levantar cedo para vir à consulta, e por isso não conseguiu dormir muito. Desta vez, pede para jogar ao UNO, durante o jogo vai conversando sobre o que tem feito durante as suas férias, conta que foi à praia com o irmão mais velho e com a namorada do irmão, mas demonstra alguma tristeza quando refere que a mãe não quer fazer parte destes planos. Tento compreender aquilo que está a sentir e respondo que *“Ficas triste porque apesar de passares bons tempos a brincar com o mano na praia, também gostavas de ter a companhia da mãe para passar um tempo divertido com vocês.”* O A, acena que sim com a cabeça e pede que prossiga com o jogo, evitando o assunto, evitando assim mais uma vez aprofundar um tema que lhe causa grande ansiedade.

Durante o jogo, o A revela sempre uma necessidade de conseguir não apenas de ganhar, mas até de se colocar numa posição em que me ensina como utilizar as melhores tácticas e como as aplicar de forma a conseguir ganhar, quase como se o sentimento de se sentir útil e necessário fosse ainda melhor do que ganhar propriamente

o jogo. Volto a referir ao A, que esta sessão terá um espaçamento superior à outras por ambos irmos de férias. Refere com facilidade que não se esqueceu e que está preparado para isso.

No processo terapêutico do A, houve uma interrupção durante o mês de Agosto de todos os casos em acompanhamento, mas não foram passados para outra profissional por me ter sido sugerido pela coordenação da UPIA manter o seguimento os casos em acompanhamento psicológico, onde o A se inclui tal como a liberdade total para permanecer nas funções já realizadas na UPIA, por se encontrarem satisfeitos com a minha prestação como estagiária.

### **3.2. Caso Clínico B**

O G nasceu em Julho de 2003, e recorre aos serviços da UPIA pela primeira vez em Outubro de 2012. O pedido de consulta chega através do centro de saúde, pelo motivo de alterações de comportamento que envolvem, comportamentos de oposição, agressividade e dificuldades de aprendizagem.

Na altura de realização da sua primeira história clínica o G tinha nove anos e três meses de idade. Em anexo poderá ser analisada toda a documentação referente ao seu caso (Anexo H).

Após o seu processo ter sido aprovado teve a sua primeira consulta de Pedopsiquiatria em Janeiro de 2013. Em Março de 2013, foi realizado o pedido de avaliação e acompanhamento psicológico pela sua pedopsiquiatra, por entender que essa seria a necessidade mais imediata para o G, previamente a qualquer acompanhamento pedopsiquiátrico. Contudo foi realizado um diagnóstico por alterações disruptivas de comportamento.

Na tabela 11, é possível analisar as datas de primeiras consultas do A em cada especialidade.

Tabela 11.

*Listagem de intervenções do G na UPIA*

| Tipo de intervenção       | Primeira consulta | Idade               |
|---------------------------|-------------------|---------------------|
| Triagem                   | Julho 2012        | 9 Anos e três meses |
| Consultas pedopsiquiatria | Janeiro 2013      | 9 Anos e 9 meses    |
| Consultas psicologia      | Janeiro 2014      | 9 Anos e 9 meses    |

O G teve um total de 13 consultas de psicologia em que oito consistiram em avaliação psicológica e cinco em acompanhamento psicológico. Contudo por motivos de limitação de páginas, serão descritas e apresentadas apenas as sessões de acompanhamento do G, não incluindo as suas sessões de avaliação psicológica.

### **3.2.1. História clínica.**

A mãe do G, refere que o G sempre foi uma criança irrequieta e agitada, o que sempre implicou algumas dificuldades para os pais, mas que as preocupações só começaram na altura do nascimento da sua irmã mais nova M, que nasceu em 2010, (na altura que o G tinha sete anos) e desde então o comportamento do G intensificou-se, tornando-se ainda mais irrequieto, muito agitado, com comportamentos desafiantes e o aparecimento de dificuldades escolares.

Reprovou no 2º ano pois segundo a Professora “não adquiriu os conhecimentos necessários” (sic). No ano lectivo seguinte, a mãe refere que por ter tido uma professora “mais rígida” e uma turma mais calma e conseguiu passar de ano, mas sempre com queixas de muita agitação e falta de atenção. Mãe diz que, actualmente apesar de menos agressivo continuam as queixas da sua constante agitação, falta de atenção, dificuldade em aderir às regras, agressividade e baixa resistência à frustração. Quando é contrariado, grita, atira-se para o chão e atira objectos contra as pessoas.

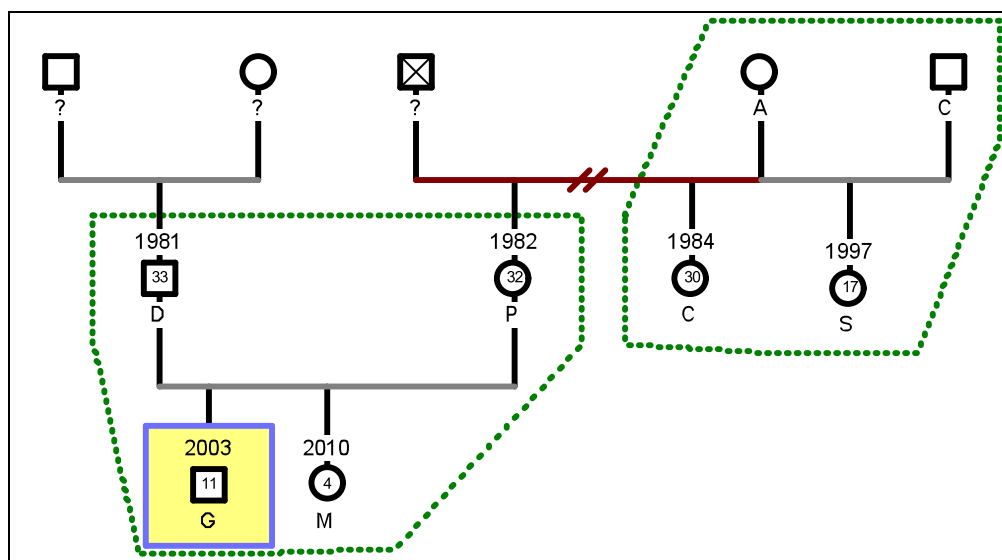
Na sua relação com a irmã tem uma relação caracterizada sobretudo por, comportamentos ambivalentes, ora brinca com ela calmamente ora, lhe puxa o cabelo, belisca até que chore, provoca-a tirando-lhe os brinquedos. Quando irritado, rasga as fraldas da irmã e parte os seus brinquedos. Na escola parte os lápis, quando é contrariado ou alguém lhe ralha e em algumas situações é agressivo com os colegas e consigo mesmo.

Em 2011 recorreram a uma psicóloga particular que concluiu que o problema do G era segundo a mãe, “*ciúmes da irmã*” (sic), nessa altura fez algumas sessões de psicoterapia, mas por dificuldades financeiras foram obrigados a interromper o processo.

### *Dinâmica Familiar*

O G é o irmão mais velho de uma fratria de dois, vive com os seus pais mas passa várias noites em casa da avó materna, por opção dos pais que referem não conseguir conciliar horários para ir buscar tratar dos dois filhos durante a semana. O G não tem contacto com os avós paternos, tal como a restante família, por afastamento dos próprios, contudo mantém uma relação muito próxima com a família materna, à excepção do seu avô paterno que faleceu na juventude da mãe do G.

**Figura 5.** Genograma do caso clínico B



A Mãe do G, começa por referir um grande ressentimento sobretudo em relação ao pai de G pela sua constante indisponibilidade para com ela e os filhos, esse é um factor com muito peso na relação e na dinâmica da família por gerar vários conflitos entre ambos os quais são percebidos pelos dois irmãos. Apesar do intenso horário laboral do pai de G, mãe acredita que a sua disponibilidade emocional quando está em casa com ela e com os filhos, não é suficiente: *“Raramente está, e quando está nunca tem disponibilidade mental para estar como devia estar!”* (sic).

Outra questão referida pela mãe é o facto de saber e sentir que o seu marido gosta mais da filha M do que do filho G, mãe refere que isto é inclusivamente referido pelo pai, mas não na presença das crianças. Contudo, acredita que o G sente e vivencia isto com grande sofrimento.

A mãe de G, visivelmente preocupada com a situação do seu filho apresenta também sinais de cansaço e algum desinvestimento em si mesma. Refere um passado de

depressões e acompanhamento psiquiátrico, mas que considera um assunto encerrado: *“Foi há mais de 10 anos, actualmente já estou bem”* (sic). O pai, não esteve presente na primeira consulta, por isso apenas foi retida a informação trazida pela mãe de G. Contudo, veremos que durante o acompanhamento psicológico de G, numa consulta destinada aos pais, este pai irá surgir com uma postura muito diferente da que é inicialmente referida pela mãe, mantendo uma grande preocupação e investimento no que diz respeito à evolução clínica do G.

A mãe refere ainda que desde o nascimento da irmã M, o G passa a semana em casa dos avós maternos, por uma questão de facilidade de recursos, a escola de G é mais perto da casa dos avós do que de sua casa então em dias de escola dorme em casa dos avós para não ter de se levantar tão cedo e porque os pais por saírem tarde do trabalho vão buscar a irmã M à ama mas não o G a casa dos avós.

Mãe descreve a gravidez do G, como uma gravidez muito desejada e planeada já há muito tempo, já nessa altura enquanto estava grávida o casal conversava sobre o bebé como seria e os desejos de ambos, o pai sempre quis que fosse uma menina e a mãe que fosse um menino. A gravidez correu sem complicações, o parto foi de termo e eutócico, o G nasceu com 48 cm, com 2670 kg, um perímetro cefálico de 33 e um apgar de 9/10.

Há questão de *“Como era o seu bebé?”* a mãe responde *“Era chorão, mas muito lindo!”* (sic). Quem cuidou do G nos primeiros tempos de vida foi a mãe com a ajuda da avó materna.

O G foi amamentado até ao primeiro ano de vida, na passagem aos sólidos fez uma boa adaptação, sem problemas alimentares. Actualmente, a mãe refere que come apenas por necessidade e que não sente que seja uma criança que coma por prazer, nem mesmo em comidas mais preferidas.

Desde bebé sempre dormiu muito bem, sem problemas em adormecer, fazendo sempre uma média de 12 horas de sono o que ainda acontece actualmente. Deu os primeiros passos antes do seu primeiro ano e nunca gatinhou, a mãe refere que sempre o achou uma criança muito desenvolvida sobretudo em comparação com as outras crianças, com um ano de idade já se expressa com facilidade e actualmente a sua linguagem também é adequada para a sua faixa etária. O controlo dos esfíncteres aconteceu por volta dos dois anos e meio e até hoje nunca existiram retrocessos.

Em termos de escolaridade, o G esteve em casa ao cuidado da mãe até aos quatro meses, depois foi para a creche e jardim-de-infância até aos cinco anos onde teve sempre uma boa adaptação, apesar de ser considerado “*bebezão*” (sic) pelas educadoras que o “*consideravam muito inteligente mas imaturo e reguila*” (sic).

Aos seis anos na sua entrada para o primeiro ciclo do ensino básico, teve igualmente uma boa adaptação, com bons resultados escolares, bom relacionamento com os colegas e professora. As queixas de irrequietude, pouca de tolerância a frustração, e agressividade para com os colegas, surgem desde muito cedo, na sua entrada para o infantário, contudo ganham uma maior intensidade no ano 2010, coincidido com o nascimento da irmã M, aqui o seu comportamento intensifica-se tornando-se mais impulsivo, mais agressivo, menos tolerante à frustração e aos castigos e surge um desinteresse pela vida escolar. A entrada para o terceiro ano, é igualmente problemática mas acaba por conseguir melhorar os resultados escolares e passar de ano, apesar das constantes queixas do seu comportamento tanto na escola, como em casa.

Em termos de socialização o G, é uma criança com dificuldades de adaptação devido ao seu comportamento de agressividade e impulsividade com os colegas e amigos. A mãe descreve que é mais próximo de si do que do pai, na escola tem um grupo de amigos apesar dos frequentes conflitos e também tem um grupo próximo de

amigos na sua actividade extracurricular que é o futebol que tem um grande significado para o G.

No seu historial médico apenas é referido um internamento aos dois anos de idade por uma suspeita de pneumonia que não fora confirmada, sempre fora uma criança saudável. A família paterna não apresenta um historial médico relevante, sem antecedentes de doenças crónicas ou graves, tal como a família materna.

Posteriormente à primeira consulta de pedopsiquiatria, é de imediato realizado o pedido por parte da pedopsiquiatra do G, para avaliação e posterior acompanhamento psicológico. Aqui contrariamente ao primeiro caso analisado, é realizado o pedido de acompanhamento psicológico, logo numa primeira fase de chegada do G, aos serviços da UPIA, o seu tempo de transição para os serviços da Psicologia, foram mínimos, o que implica uma maior facilidade de trabalho e evolução terapêutica uma vez que é inicializado um acompanhamento psicológico e pedopsiquiátrico em simultâneo, criando assim um trabalho multidisciplinar adequado e eficaz.

### **3.2.2. Acompanhamento psicológico.**

#### *Primeira consulta*

Durante esta primeira consulta, tentou-se completar alguns dados importantes na história clínica do G, apesar de a anterior ter sido realizada a menos de seis meses. Esta consulta realiza-se na presença do G e da sua mãe, esta apresenta um aspecto muito cansado e desinvestido, fala sobre o G com tom preocupado e angustiado mas igualmente crítico e algo ríspido, queixa-se sobretudo do comportamento provocatório do G, “*não obedece a nada nem a ninguém ...faz o que quer e quando quer e se alguém lhe ralha ainda goza!*” (sic).

A mãe refere que sempre teve muitas dificuldades em conseguir controlar o G, sempre foi uma criança agitada, instável e desafiante *“Desde pequeno que é assim, é reguila demais, não respeita os adultos, nem ninguém”* (sic). No entanto, acredita que o comportamento do G se intensificou ainda mais sobretudo desde o nascimento da irmã. *“Já era um miúdo reguila, muito difícil de controlar mas desde que a M, nasceu está simplesmente impossível!”* (sic).

Na escola, nunca está quieto, quando contrariado bate nos colegas e responde constantemente à Professora, em casa, não tolera a frustração, quando contrariado é agressivo e provocatório gozando e imitando o adulto que o repreende. O G, permanece na sala e mantém-se sempre muito sorridente, brinca com os legos enquanto escuta a mãe a falar sobre si.

O G brinca de forma livre mas intensa, carregada de movimentos bruscos e agressivos entre os brinquedos, demonstrando uma evidente ansiedade, principalmente quando ouve as críticas feitas pela sua mãe ao seu comportamento. Quando esta se queixa do seu comportamento, baixa a cabeça e fica visivelmente triste, numa tentativa de compreender a sua ansiedade, refiro que, *“Para o G também não deve ser fácil estar sempre no papel do menino mal comportado, sentir que todos os olhos estão postos em nós, sempre a espera que passemos o risco, ou que nos portemos mal.”* (sic).

O G, levanta a cabeça, sorrindo para mim de uma forma tímida mas feliz, continuando a brincar com os legos no chão. No fim da conversa com a mãe, pergunto ao G, se poderia ficar apenas comigo na sala e se me poderei juntar a ele, na sua brincadeira. O G responde imediatamente que sim, ignorando a tentativa de despedida da mãe e colocando rapidamente os brinquedos perto de mim.

Conversa sobre os seus gostos, sobre a sua paixão pelo futebol, e também sobre as suas dificuldades na escola. Questiono-o sobre as suas vindas a esta consulta, tento

perceber o que sabe, o que pensa e o que lhe explicaram sobre a vinda a esta consulta, e o G refere que, acha que vem a estas consultas porque sabe que se porta mal e acha que aqui o “*vamos por bom*” (sic). Tento explicar-lhe de uma forma calma e acessível o que se irá passar: “*Sabes G, percebo o que me queres dizer quando dizes que vens a esta consulta para que fiques bom, na verdade as vindas a estas consultas são sim para te ajudar a sentires-te melhor, não para te mudar nem para te ralhar, quero apenas que sintas melhor, mais alegre mais feliz e mais tranquilo.*” (sic).

O G responde que “*Se ficar mais feliz porto-me melhor! O que vamos fazer aqui?*” (sic).

Respondo-lhe que: “*Aqui vamos fazer sempre o que quiseres, seja isso brincar, conversar, desenhar, jogar, o que quiseres. Desde que consigamos os dois cumprir apenas duas regras: não podemos estragar os nossos brinquedos, nem nos podemos magoar um ao outro, o que parece?*” (sic). O G responde-me: “*Fixe! Pode ser!*”.

A mãe do G volta a entrar na sala, desta vez para que lhe explique o contrato terapêutico que irmos desenvolver, a mãe do G demonstra-se completamente disponível para trazer o G às consultas num período quinzenal, em horário combinado em ambas as partes, alerto a mãe para as alterações comportamentais que poderão surgir no percurso terapêutico do G, de como este não é processo linear e que altos e baixos poderão ser mais evidentes sobretudo num período inicial do acompanhamento. Questiono a mãe sobre uma futura possibilidade de nos reunirmos com o pai do G, para que exista uma consciência e um conhecimento do ambiente familiar do G, e do próprio conhecimento do pai da evolução do G. A mãe do G demonstra-se muito receptiva e disponível para este processo, mas afirma que será muito difícil envolver o pai neste processo uma vez que tem muita dificuldade de horários, devido ao seu trabalho por turnos, mas que irá tentar que nos possamos encontrar, numa data futura.

O G despede-se de mim com um abraço, referindo que na próxima consulta irá trazer um dos seus bonés de colecção para me mostrar. Agradeço-lhe o seu abraço e asseguro-lhe que terei muito gosto e interesse em ver o seu boné favorito e que ficarei a sua espera.

Nesta primeira sessão, é evidente a ansiedade e dificuldade do G em conseguir gerir o impacto e a negatividade que o seu comportamento importa na vida dos seus pais, gere com dificuldade o facto de não se sentir a altura de uma vida que lhe propõe padrões e condições de valor com os quais não consegue competir. A sua mãe visivelmente cansada, continua uma luta desesperada e angustiante por conseguir mudar e ajudar o seu filho, com o peso de sozinha manter as responsabilidades e os cuidados que isso pode implicar na sua vida, uma vez que se disponibiliza sozinha, para o cumprimento de um contrato terapêutico, no qual deposita uma grande esperança, mas o qual sabe desde o início que só contará com a sua presença e não com a do pai do G.

O acolhimento do sofrimento, da compreensão das suas dificuldades será certamente uma tarefa importante, na medida em que esta se encontra visivelmente cansada, com o peso do cuidar de um filho, sem a ajuda do seu marido, que pelos seus horários incute na sua esposa a responsabilidade e uma gestão emocional autónoma destas questões, tão íntimas.

### *Segunda Consulta*

Na nossa segunda sessão de acompanhamento psicológico, o G, manteve-se sempre muito sorridente, mostrou-me o seu boné favorito, conversou sobre o torneio de futebol na escola e depois pediu se poderíamos jogar um jogo antes de terminar o nosso tempo e após considerar todas as suas opções, acabou por escolher jogar o jogo do

UNO, no início do jogo estabelecermos em conjunto as regras que teríamos ambos de respeitar.

Mas durante o jogo, o G acabou contornar as regras de forma a conseguir ganhar tentei então perceber o que poderia significar a sua atitude *“Parece que é difícil para ti pensares que podes acabar por perder este jogo, porque juntos decidimos as regras que queríamos cumprir mas agora estás a alterá-las de forma a conseguires ganhar.”* (sic).

O G olha para mim durante algum tempo e com um ar de surpresa refere *“É. Vou ficar de castigo?”* (sic). Entendo a profundidade da sua interrogação e respondo *“Fazes-me essa pergunta porque normalmente quando fazes algo que não é suposto, acontece que te ponham de castigo, é isso?”* (sic). Ele responde que sim e acrescenta com expectativa *“Ya, é. Mas vou ficar?”* (sic).

Acabo por lhe explicar que não, dizendo-lhe *“Não te preocupes, que não te quero castigar, quero só tentar perceber o que é importante para ti e se ganhar é importante, não me importo que o faças.”* (sic).

O G sorri mas permanece calado, eu respeito o seu silêncio acreditando que necessita de algum tempo para gerir esta alteração de funcionamento, este mantém-se a sorrir mas de olhos postos na mesa, acaba por respirar fundo, quase que como anunciando a sua reestruturação depois do que lhe transmiti e começa a dar continuidade ao jogo, que acaba por ganhar.

A reacção de G, à aplicação de um castigo após ter contornado as regras do jogo vem sobretudo agregada à normal reacção de castigo que lhe é incutido sempre que comportamentos destes acabam por surgir. No seu meio familiar e escolar, é habitual que como resposta aos seus comportamentos menos correctos se sigam castigos e correcções que tem como objectivo apenas castigar e/ou corrigir determinado comportamento, sem no entanto existir um maior ênfase na compreensão do sentimento

ou emoção que o possa ter despontado. Nesta sessão foi evidente uma reacção de surpresa por parte do G, na experimentação de um ambiente de maior aceitação e compreensão das suas condutas. O silêncio com que reage à resposta empática que lhe é transmitida, no momento que decide contornar as regras do jogo, acompanhado com um sorriso envergonhado, revela uma satisfação mas também uma dificuldade em saber como reagir, a um sentimento de aceitação e compreensão.

### *Terceira Consulta*

Na nossa terceira sessão o G, vem com uma postura alegre e sorridente. Entra pela sala, dirige-se a mim e dá-me um abraço ao qual correspondo e diz-me “*Epá já tinha saudades tuas!*” (sic). Ri-se e dirige-se à zona dos jogos. Respondo-lhe que também fico feliz por vê-lo e sobretudo por sentir que este é um espaço onde gosta de estar e onde parece sentir-se feliz e a vontade. Responde que sim e apressa-se a levar um jogo para a mesa - “*Vamos jogar UNO sim?*” (sic) Diz-me com um sorriso na cara.

Quando iniciamos o nosso jogo, conta-me como correu o seu torneio de futebol e como se comportou “*Corri bué e dei grandes bujas! Até os aleijei! A mãe ralhou-me bué por isso...*” (sic). Observo o seu olhar que agora se tornou mais triste e respondo: “*Ficas triste porque o jogo te correu e ficaste orgulhoso do teu esforço, e talvez estivesses à espera que a mãe visse isso também, e não visse só que aleijaste os outros meninos.*” (sic).

O G, apoia a cara entre as mãos olhando para mim e responde: “*Ela nunca vê quando faço coisas boas, nem quando em porto bem.*” (sic). Baixa o olhar e espera da minha parte, algo que o acolha, que o faça sentir-se mais aceite e menos julgado, tento corresponder aquela que sinto ser a sua necessidade e respondo-lhe que: “*É muito difícil quando só reparam no mal que fazemos e nunca nas coisas boas e no esforço que fazemos...*” (sic). O G responde que sim e fica em silêncio durante alguns segundos.

De forma calma que tenta talvez aliviar mais o meu sofrimento do que o seu, no desespero de sentir que ele como criança poderá estar a sofrer e eu sinto que é meu papel ajuda-lo com essa dor, pergunto-lhe: *“É difícil falar sobre estas coisas que nos magoam?”* (sic). O G responde *“Queria que a mãe visse-me assim bonzinho como tu vês...”* (sic). Esta questão surgiu em mim uma enorme mágoa e desconcentração e empatia pela situação do G, a dificuldade em gerir aquilo que me é transmitido por esta criança acaba por ser demasiado intenso e vejo-me numa situação em que sinto demasiada dificuldade, e o sofrimento que me causa senti-lo nesta situação, faz-me tentar devolver-lhe esse sofrimento da forma mais acertada e tento não deixar que este sentimento de compaixão extrema pelo seu sofrimento tome conta de mim e respondo-lhe: *“O que me tentas dizer é que aqui, sentes-te seguro, compreendido e entendido pelo teu esforço e por todas as coisas boas que fazes, e que gostavas que essa fosse a forma como em casa te conseguissem ver, e te fazer sentir mais seguro...”*(sic).

O G olha para mim e responde-me: *“Sim, gostava...”* (sic). Respira fundo e pede-me: *“Podemos jogar a batalha naval?”* (sic). Respondo-lhe que sim e começamos um novo jogo, agora mais longe de um assunto que o magoa e que provavelmente não está preparado para aprofundar.

Enquanto jogamos, o G conta-me que hoje irá dormir a casa da avó materna, é lá que dorme durante a semana, desde que a sua irmã nasceu, por dificuldades de horários dos seus pais, o G fica ao cuidado dos avós durante toda a semana e apenas regressa a sua casa, ao fim de semana.

Tento perceber, como sente esta nova dinâmica: *“Diz-me G, como é para ti ficar na casa da avó durante a semana, e ires a tua casa só ao fim de semana?”* (sic). O G olha-me directamente e responde-me: *“Olha, é uma seca! A minha avó é chata e a minha tia é má nunca me deixa fazer nada ... Mas tenho de ficar lá porque os pais para*

*irem buscar a M não tem tempo de me ir buscar a mim ... Mas eu não sou dali daquela casa... ” (sic).*

Tento transmitir-lhe o sentimento de dor e solidão que sinto no seu discurso: *“É difícil para ti sentires-te sozinho e triste porque na verdade gostavas era de passar este tempo na tua casa, junto dos teus pais e da mana e não em casa da avó, não sentes que este seja o sítio onde deverias estar ... ” (sic).* O G, responde *“Pois não, não é... ” (sic),* fica em silêncio alguns segundos e acaba por regressar ao jogo com o objectivo, de desviar o foco de atenção deste tema, que o incomoda bastante.

No fim da nossa consulta o G, levanta-se e despede-se carinhosamente.

Não evito uma gargalhada e agradeço-lhe o seu conselho, acredito que com esta frase, o G quis selar uma sessão em sentiu que grandes progressos tinham sido feitos, em que foi capaz de confiar, falar de si e ser capaz de entender os seus sentimentos aumentando assim a cumplicidade na nossa relação, juntamente com a dificuldade de que sabe que sente de falar sobre estas questões, que na verdade, acabam por lhe causar sofrimento e desconforto.

A rotina do G, fá-lo sentir-se deslocado e abandonado, de uma dinâmica a qual deveria pertencer juntamente com a sua irmã, no entanto por decisão dos seus pais, fica durante os dias de semana entregue à sua avó materna o que faz com que se sinta privado do seu meio de familiar, na medida em que desde o nascimento da sua irmã, é colocado de parte, desviado das rotinas familiar e colocado “em espera” por falta de tempo e disponibilidade dos seus pais.

No fim desta sessão, questionei a mãe sobre uma possível marcação realizada com os pais, a mãe responde que poderá ficar agendada e que poderemos encontrarmos na sessão seguinte.

#### *Quarta Consulta*

Esta quarta sessão, estava destinada aos pais do G, contudo, os pais faltaram sem avisar ou justificar a sua ausência.

Acabo por reflectir com algum desconforto no que isto possa significar e implicar no processo terapêutico do G, na medida em que ainda não foi possível reunir-me com o seu pai e na consulta destinada a acolher os pais, ambos faltam sem justificação. Esta atitude, pode na verdade reflectir alguma falta de disponibilidade existente na relação com este filho, a dificuldade em encontrar uma rotina e uma estrutura nas suas vidas, em que as necessidades do G estejam incluídas e possam ser ouvidas e trabalhadas.

#### *Quinta Consulta*

O G chega 30 minutos depois da hora da consulta, a sua mãe refere que se atrasaram devido ao trânsito e justifica a sua falta na nossa última sessão por falta de disponibilidade de ambos os pais, sugiro que voltemos a marcar uma sessão com o objectivo de nos reunirmos, à qual mãe se mostra disponível. Acaba por me dizer que tem sentido o G muito mais calmo e que acha que as nossas sessões têm tido um efeito muito benéfico para o G: *“Quando sai daqui, vem sempre muito melhor, está muito mais calmo mas ainda respondão! ...”* (sic). Relembro a mãe, das alterações que poderá sentir no G, mas não de uma forma linear, que a sua forma de estar mudará porque se sentirá mais aceite e mais auto-confiante, e que isso muitas vezes poderá implicar, uma maior autonomia e bem estar mas também maior instabilidade comportamental em algumas alturas. A mãe diz estar muito satisfeita, com os resultados, o que me leva ressaltar novamente, que o processo terapêutico poderá ter frutos iniciais mas que este será um trabalho longo, não de resultados imediatos.

O G, entra na sala e começa de imediato a conversar, conta-me que passou de ano, mas com bastantes dificuldades. O G dá uma gargalhada e diz: *“Ya!.. Agora vou de férias com a mãe e o pai e a mana...”* (sic). Refiro que sinto o seu entusiasmo por poder agora passar tempo em família com o pai, a mãe e a irmã M, finalmente puder estar neste ambiente que tanto deseja e precisa: *“Vejo que estás feliz, vais finalmente passar tempo com os pais e com a mana, todos juntos, e não vais ter de estar em casa da avó longe deles...”* (sic).

O G dá um enorme sorriso e diz *“Sim! Pois é!”* (sic).

Considero importante começar a preparar o G para a interrupção das férias que surgirão daqui a uma sessão, explico-lhe que teremos mais uma sessão passada uma sessão onde nos iremos despedir para as férias, durante um mês. O G questiona: *“Mas ainda temos outro dia antes das férias?”* (sic). Respondo-lhe que sim que ainda teremos mais uma sessão, e o G suspira, dá-me um abraço e diz-me: *“Ah fixe... Então até para a semana Tati!”* (sic).

#### *Sexta e Ultima Consulta*

Nesta sessão o G vem apenas a 5 minutos do fim da hora da nossa sessão. A mãe refere que se atrasaram na nataçãõ e que acredita que com este atraso não terá direito a uma sessão, explico-lhe então que por ser a ultima sessão antes das férias, prefiro abrir uma excepção e fazer uma curta sessão com o G, para o preparar para a interrupção que aí vem.

Entro com o G e explico-lhe que esta será uma sessão mais curta do que o normal mas que temos um curto tempo para fazer uma actividade à sua escolha.

Enquanto jogamos o jogo que selecciona, o G conta-me dos planos para as férias com os pais, onde planeiam ir, o que fazer, e até o que comprar. Volto a reforçar de como o sinto feliz e entusiasmado, por poder ter finalmente um tempo tão desejado com

os seus pais: *“Sinto que estás mesmo contente pelos dias de férias que se aproximam, não só pelas coisas divertidas que irás fazer mas também pelo tempo que vais conseguir passar com os pais e a mana...”* (sic). O G sorri e diz-me: *“Podes crer!”* (sic).

Volto a relembrá-lo do tempo que iremos ter de interrupção nas férias ao que rapidamente me responde: *“Ya, já sei mas depois venho cá e conto tudo o que fiz!”* (sic) ao despedir-se de mim dá-me um abraço e ao ir-se embora pergunta *“Mas estás cá quando eu voltar não é?”* (sic) respondo-lhe que *“Sim, estou. Fico contente por te queres certificar que continuamos juntos com as nossas consultas. Não quero que te preocupes com isso, pois estarei cá depois das férias a tua espera, diverte-te durante as tuas férias que eu depois cá estarei para saber todas as coisas divertidas que fizeste!”* (sic). O G, pisca-me o olho e corre para a sala de espera onde brinca com a sua irmã.

Nesta última sessão, apesar do pouco tempo disponível considerei importante que fosse disponibilizado algum tempo dedicado ao G, sobretudo com o objectivo de o preparar de forma coerente e adequada para a interrupção que teríamos durante as férias.

Infelizmente o novo atraso à consulta, não permitiu que fosse realizada uma sessão de tempo normal, mas apenas metade. Contudo, quando reflectimos sobre os atrasos do G, podemos verificar que na maioria dos casos se encontra subjacente uma dificuldade de organização dos seus horários e rotinas, o que o impossibilita muitas vezes de manter uma rotina, estável, estruturada e organizada.

A interrupção teve um prazo de um mês, tendo sido interrompida durante o mês de Agosto e retomada no mês de Setembro. Mas tal como no caso apresentado anteriormente as sessões de acompanhamento foram continuadas a partir do mês de Setembro, a convite da coordenação da UPIA.

## **Parte IV: Discussão**

#### **4.1. Discussão Caso A**

A escolha de apresentar este caso em primeiro lugar, foi uma escolha fundamentada na sua complexidade. Acredito que este representa um caso, complexo não apenas pela sua complexa história de vida mas também pela complexa dinâmica emocional presente.

O A foi uma criança desde o início da sua vida com um percurso muito singular, carregado de uma dinâmica familiar pouco estruturada, com um historial de alcoolismo por parte do pai, depressões e tentativas de suicídio por parte da mãe, já antes do seu nascimento. Esta dinâmica, começa por revelar os seus primeiros sintomas, quando o A, aos quatro anos de idade é diagnosticado com PHDA, por se encaixar nos critérios de diagnóstico inerentes a esta perturbação, como um padrão de agitação motora excessiva, particularmente em contextos que requerem alguma calma e atenção, presentes em pelo menos dois contextos diferentes e um défice de atenção representado por uma interrupção constante de tarefas inacabadas, uma distração extrema desencadeada uma excessiva estimulação por tudo o que o rodeia (OMS, 1993).

O A, foi diagnosticado e medicado pela sua pedopsiquiatra, tendo em conta não apenas os seus sintomas como também a sua faixa etária e dinâmica familiar. Durante o seu desenvolvimento, o A foi mantendo um padrão correspondente com a sua problemática, através de comportamentos muito agitados e irrequietos, falta de atenção e concentração e até dificuldades motoras inerentes à sua necessidade de realizar tudo de forma muito rápida e pouco organizada. Aquando a morte do seu pai, os sintomas agravaram-se e foi introduzida a medicação que segundo a sua mãe, nunca fez surtir qualquer tipo de efeitos.

O A sente profundamente a falta do pai, referindo várias vezes à mãe que queria ir ver a campa do seu pai ao cemitério quase que numa tentativa de se manter próximo

da sua imagem paterna. Apesar de nos ser descrito pela mãe que o A e o pai nunca foram muito próximos, essa não será correspondente à relação recordada ou até idealizada pelo A, este refere-se ao seu pai com muito carinho pelos tempos que passavam juntos, com saudades e com bastante sofrimento pela sua perda. Durante os momentos de avaliação sobretudo na prova projectiva C.A.T., a maioria das suas histórias referem-se a um ambiente familiar idealizado e desejado, da família feliz, unida, que se ama e brinca entre si. As figuras maternas e paternas que juntas cuidam dos seus filhos e em que todos partilham na sua casa um ambiente de felicidade e de cumplicidade entre si. As restantes histórias, já em menos número dizem respeito a um conflito muito explícito entre as figuras que representam o mal e o bem, em que os animais entre si disputam uma luta em que na maioria das vezes o bem acaba por vencer, durante as sessões de acompanhamento psicológica a questão entre o bem e o mal surge muitas vezes pelo A, sobretudo na dificuldade distinguir todos os comportamentos que o tornam um menino bom ou um menino mau, na medida em que deverá ou não ser merecedor do carinho e da atenção dos outros.

Esta é uma questão muitas vezes referida pela mãe, uma imposição de condição de valor constante quando lhe refere várias vezes “Já te disse, tens de fazer isto para seres um bom menino!” (sic). Posteriormente à morte do seu pai, o A continua numa fase ainda crítica do seu desenvolvimento (entre os cinco e os sete anos) carregada de sofrimento, saudade e falta de contenção e de disponibilidade por parte da sua mãe que, apesar de muito funcional, acaba por conter pouco as dificuldades emocionais por parte do A, uma vez que também não é capaz de gerir as suas próprias dificuldades e ao longo dos últimos anos, manter um longo historial de depressões e tentativas de suicídio.

Dois anos depois (aos sete anos) é retirado à guarda da sua mãe e é institucionalizado na instituição de internamento juntamente com o seu irmão mais

velho, por suspeita de violência por parte da mãe. A forma repentina como estes irmãos foram retirados à mãe e colocados numa instituição durante seis meses, longe de tudo aquilo que conheciam, ainda em sofrimento pela morte do pai, acabou por representar um trauma imenso, não apenas na vida de A como também do seu irmão mais velho, também acompanhado na UPIA.

É posteriormente a esta institucionalização que nos é feito o pedido de acompanhamento do A, quando regressa a casa o seu comportamento agrava-se não apenas no que diz respeito à sua patologia de base, onde agora se acrescenta a dificuldade emocional de lidar com este difícil acontecimento que sucedeu na sua vida. Apesar de todas estas condicionantes, o A é uma criança muito alegre e empática no contacto com o outro, mantém sempre um sorriso e uma simpatia no seu discurso e mesmo nas alturas em que não está emocionalmente tão estável, mantém-se sempre com uma atitude muito compreensiva dos sentimentos dos outros.

Durante as sessões de acompanhamento psicológico, o A foi sempre muito colaborante, capaz de se adequar aos diferentes contextos de avaliação e acompanhamento psicológico e respeitador dos limites criados entre nós. Foi visível uma pequena evolução no A, apesar do pequeno número de sessões de acompanhamento. O A, conseguiu estabelecer uma relação de confiança e de liberdade de expressão durante a nossa relação terapêutica, apesar dos seus altos e baixos durante o processo terapêutico o A, ao longo do tempo foi capaz de conversar sobre os seus sentimentos, as suas dores, as suas preocupações e das suas alegrias.

Foi capaz de explorar alguns assuntos ao seu próprio ritmo, sobretudo os assuntos relacionado com a sua experiencia na instituição de internamento, que lentamente foi conseguido abordar de forma calma apesar de fugidia. A sua vontade de comparecer nas consultas e o seu empenho e alegria visíveis no contexto terapêutico,

traduzem-se num a vontade e na sua necessidade de poder experienciar um ambiente, calmo, livre, atento aos seus sentimentos e livre de julgamentos ou críticas. O A é capaz de partilhar as suas dúvidas, os seus medos e os seus sentimentos de forma livre sem receio de ser julgado ou de provocar uma reacção menos boa, como acontece por exemplo com a sua mãe.

O A, continua a frequentar as sessões de acompanhamento psicológico e a sua evolução em sido de uma forma geral positiva, carregada de boas evoluções mas também de alguns altos e baixos que são inerentes ao processo terapêutico sobretudo quando muitas vezes trabalhados sentimentos tão íntimos e difíceis de gerir. Este foi um caso que depositou em mim, um empenho e um desafio imenso acompanhado de imensos receios sobretudo com o medo de que a inexperiência em mim pudesse de alguma forma prejudicar o desenvolvimento ou a evolução do A, contudo este desafio tornou-se numa experiência muito enriquecedora e gratificante e por isso estarei para sempre agradecida a toda a coordenação da UPIA.

#### **4.2. Discussão Caso B**

O G, é uma criança comunicativa, simpática e com um desenvolvimento adequado à sua faixa etária. Contudo, a sua vivência afectiva é carregada de figuras ambivalentes, pouco disponíveis ou até inalcançáveis. O seu ambiente familiar não promotor de uma rotina tranquilizadora e securizante torna-se assim uma fonte de ansiedade e insegurança. A sua rotina diária longe dos pais e altamente imprevisível causa-lhe assim um sofrimento e ansiedade de separação daqueles que outra hora, antes do nascimento da sua irmã, se encontrava mais disponíveis, mais atentos e mais presentes.

O nascimento da sua irmã M é tido como factor desencadeador da sua problemática. Contudo, quando analisado ao pormenor podemos encontrar como agentes de maior desestabilização as alterações realizadas ao seu dia-a-dia gerador de ansiedade, tristeza, solidão e desvalorização. Após o nascimento da sua irmã o G foi viver com os avós durante a semana e retorna a casa dos pais ao fim de semana. Esta situação gera ansiedade e tristeza no G que se reflectem nas suas alterações de comportamento evidentes.

Quando observamos por exemplo a sua dinâmica projectiva, é notável que o sentir do G é muito específico e evidente quando descreve um pai quase perfeito, heróico mas inacessível. Evidente desejo de ser visto, sentido e amado por este pai. Quanto à figura materna, esta é sentida como presente mas pouco funcional, capaz de responder às suas necessidades básicas mas não às suas necessidades afectivas. Por estas características, consideramos assim que a sintomatologia apresentada pelo G é representativa do seu sofrimento psicológico e emocional, caracterizados pela ansiedade, tristeza e solidão. Apresenta assim uma necessidade de ser olhado, reparado e amado, as suas dificuldades de adaptação e de comportamento são assim, entendidas

como um sinal de alarme do seu sofrimento interno. A sua impulsividade e agressividade surgem assim como resposta aos seus sentimentos de insegurança, fragilidade e de solidão.

Durante as sessões de acompanhamento psicológico o G, foi capaz de falar e pensar sobre si mesmo, avaliando muitas vezes a sua postura de uma forma bastante madura e complexa. Foi muito visível e fácil de compreender a sua necessidade de ser aceite, compreendido, não julgado e entendido tal como é. O G, demonstrou ao longo das sessões uma grande capacidade de empatia, não deixando obviamente de manter alguns dos seus comportamentos desafiantes e impulsivos que o trouxeram até esta consulta, mas tendo em conta o baixo número de consultas e a sua evolução, consideramos que este será certamente um ambiente seguro e adequado para si. Expressando várias vezes a sua necessidade de ser olhado e compreendido na sua essência, com empatia, sem crítica e com aceitação. Esta sua necessidade, foi facilmente visível e entendida logo nas primeiras sessões. É uma criança que utiliza o desafio quase como teste, e verificação de até que ponto é aceite. Tenta muitas vezes provocar ou desafiar o adulto quase numa forma de lhe verificar como é que o aceitam.

A sua surpresa e admiração ao não ser criticado ou julgado em alguns contextos de consulta em que fora mais desafiante, tornou-se quase emocionante. A surpresa com que encara o facto de não ser ralhado ou posto de castigo por fazer algo que não deve, acaba por baixar de imediato todas as duas defesas, tornando-se mais calmo, menos irrequieto, menos ansioso e mais aceitante, empático e comunicativo. Durante estas sessões o G permitiu-me uma aprendizagem muito intensa sobretudo no que diz respeito à necessidade de providenciar um ambiente seguro e acolhedor na terapia com crianças. Na necessidade de as compreender e aceitar, de não julgar e não criticar, de entender, de escutar e de as olhar incondicionalmente.

Esta tornou-se para mim a prova viva e real do que pode significar este ambiente de aceitação incondicional, na vida e na evolução clínica de uma criança que está em sofrimento. Com o G foi-me possível construir um novo olhar sobre aquilo que já aprendera antes, mas que agora, quando vivenciado diariamente, se torna numa experiência quase mágica e numa sensação de realização e de sucesso indescritível.

## **Parte V: Conclusão**

## 5.1. Conclusão

Ambos os casos apresentados anteriormente representam casos clínicos previamente diagnosticados pela especialidade de pedopsiquiatria, com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (Caso A) e Perturbação Disruptiva do Comportamento (Caso B). Contudo, quando realizada uma análise pormenorizada da história de vida, acontecimentos de vida, contexto de desenvolvimento, ambiente familiar, factores de risco e de protecção ao seu desenvolvimento, não podemos deixar de concluir que em ambos os casos, uma história de vida carregada de momentos difíceis, com um ambiente familiar não estruturado e não proveniente de sentimentos de segurança, pertença e disponibilidade necessários representam factores da máxima importância que não podem deixar de ser relacionados com o aparecimento da patologia infantil.

Vários autores (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2012; Mombelli, Costa, Marcon, & Moura, 2011; Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias, & Nunes, 2004) concluem que os níveis de suporte, conflito e violência familiar são factores que contribuem para o nível de estabilidade familiar. No primeiro caso em análise (caso A), podemos observar que a presença de factores de risco como, o conflito familiar, presença de patologia depressiva materna, dependência alcoólica paterna, violência intra-parental e ruptura do seio familiar através da institucionalização, constituíram factores determinantes para o bem-estar e adaptação da criança.

Já no segundo caso talvez de uma forma menos evidente mas não de uma menor relevância, a existência de um ambiente familiar menos disponível, mais autoritário e pouco proveniente de atenção e carinho se encontra na origem do aparecimento de uma

patologia constituída sobretudo por alterações comportamentais que representam uma chamada de atenção para sofrimento e angustia do G.

Em 2011, Bayer, Ukoumunne, Lucas, Scalzo, e Nicholson, reforçaram a importância de alguns factores de risco à saúde mental Infantil, (a) a nível da própria criança: como problemas físicos de saúde, temperamento rígido, vinculações inseguras; (b) da sua própria família: psicopatologia parental, interacções e estilos parentais rígidos e ausentes de carinho, discussões familiares recorrentes e divórcio parental conflituoso; e (c) outros factores: género masculino, existência de irmãos gémeos, disciplina rígida, baixa eficácia parental, pais adolescentes e de baixo nível socioeconómico, e extrema ansiedade parental.

Posteriormente em 2012, a Organização Mundial de Saúde chama a atenção para a forma como alguns factores familiares como, tipo de suporte familiar e de amigos, tipo de interacção familiar e estilo parental, historial de violência ou abusos, podem manter uma grande influência no aparecimento da patologia infantil, tal como se observa nos dois casos apresentados.

O surgimento de sintomas patológicos, (não inerentes ao desenvolvimento infantil) caracterizam-se então por, serem intensos e frequentes, persistentes ao longo do desenvolvimento da criança e evidentes em várias áreas da sua vida, (Marques & Cepêda, 2009) todos estes, evidentes em ambos os casos apresentados anteriormente.

A presença de condições de valor por parte dos pais pode desencadear na criança um sentimento de dissociação, que poderá representar a origem das suas primeiras incongruências, na medida em que começa por sentir a necessidade de corresponder a determinados padrões (Hipólito, 2011).

Por sua vez, se a criança crescer na presença de condições de optimização e com condições de valor mínimas, isenta de juízos de valor em relação a si mesma, irá então

actualizar ao máximo as suas potencialidades, através de um ambiente ideal ao desenvolvimento e actualização (Hipólito, 2011) Quando tal não acontece, poderão surgir assim traumatismos e sintomas no decorrer do seu desenvolvimento, inerentes à impossibilidade do desenvolvimento das suas potencialidades internas e a um bloqueio do seu verdadeiro ser, que poderá originar o surgimento da perturbação.

No primeiro caso, estão presentes sintomas característicos da P.H.D.A., como a excessiva actividade motora, falta de atenção e concentração e impulsividade de se manifestam de forma persistente ao longo do tempo, em pelo menos dois contextos da vida da criança, neste caso a nível escolar e familiar (American Psychiatric Association, 2002).

Contudo, a o aparecimento destes sintomas característicos de uma P.H.D.A. não surgem de uma forma espontânea e sem precedentes. A esta perturbação consistem como factores de risco, factores genéticos e factores relacionais como o tipo de estrutura familiar (Marques & Cepêda, 2009; Organização Mundial de Saúde, 1993). Tal é evidente no caso de A, onde ao aparecimento destes sintomas se antecedem acontecimentos de vida marcantes como a pertença a um ambiente familiar desestruturado e conflituoso, onde a violência e o alcoolismo acompanham os seus primeiros anos de vida, seguido a um processo de institucionalização brusco e traumatizante.

Na faixa etária do A, os sintomas caracterizam-se tal como visto anteriormente na apresentação do caso por: dificuldades de aprendizagem, recusa escolar, hiperactividade excessiva para a faixa etária em que se encontra, ansiedade, preocupação e/ou medo excessivo, dificuldade em adormecer e/ou pesadelos frequentes, agressividade, violência, comportamento de oposição frequente, birras inexplicáveis e desadequadas para a faixa etária em que se encontra (Marques & Cepêda, 2009)

Apesar de se encontrar actualmente em idade escolar o A fora diagnosticado com P.H.D.A. aos quatro anos de idade, contudo, acreditamos que a morte do seu pai em 2010 e a sua institucionalização em 2012, representaram para si e para o seu desenvolvimento acontecimentos muito traumatizantes que pela sua carga emocional acabaram por agravar ainda mais a sua sintomatologia agora carregada de novos sintomas como, tristeza, sentimento de abandono, solidão, medo e ansiedade.

Aqui é evidente a inexistência de um ambiente familiar que seja suficientemente estruturado, contendor, e tranquilizante capaz de regular e trabalhar de uma forma acentuada estes sintomas, mas sim a existência de um ambiente desestruturado, pouco contendor das suas angústias poderá tal como defendido por Cassidy e Shaver em 2008, representar uma perduração dos sintomas e do sofrimento sentido, afectando profundamente o seu desenvolvimento.

É por isso que a uma intervenção psicológica, não poderá em caso algum, descuidar o trabalho com a família, tentando não apenas realizar um trabalho mais psicopedagógico sobre as necessidades da criança, em torno do seu bem-estar e desenvolvimento, mas também com o objectivo de conter, compreender e validar o sofrimento da própria família. Neste caso foram marcadas algumas consultas específicas para a mãe do A, para que se possa desenvolver com ela para além de um trabalho psicopedagógico, um acolhimento das suas angústias, sem com isso condicionar ou invalidar o trabalho desenvolvido com o A.

Segundo Marquês e Cepêda (2009), é da máxima importância que com a família sejam trabalhadas e esclarecidas as informações que são fornecidas aos pais, de forma clara e aberta, mantendo um ambiente compreensivo e aberto ao esclarecimento de dúvidas sobre a situação da criança, desmistificando ideias erradas, culpas ou receios mais íntimos que possam existir, trazendo-lhes sofrimento e angustia.

Mais do que um trabalho psicoeducativo é importante também atender ao sofrimento parental, aqui são desenvolvidos passos muito importantes sobretudo no apoio e na aliança que se estabelece para o bem-estar não parental mas também da própria criança. Nas consultas com a mãe de A, sobretudo pela sua fragilidade emocional é tentado trabalhar algum do seu sofrimento, compreendendo e aceitando os seus sentimentos e dificuldades para que esta se possa também consciencializar a si mesma, das suas dificuldades e sentimentos, estes são momentos que podemos considerar como potencialmente terapêuticos, pela sua influência positiva tanto no bem-estar parental como infantil.

É também da máxima importância por isso, que as atitudes terapêuticas mantidas com a criança, como a compreensão empática, um olhar positivo e não julgamento se prolonguem ao relacionamento com os pais, tentando ao mesmo tempo que não se formulem segredos que quebrem a confiança estabelecida terapêuticamente com a criança (Axline, 1947; Rogers, 2004). No trabalho com a criança, se esta apresentar um bom nível de adaptação e maturidade necessária, o trabalho terapêutico desenvolvido poderá incluir o fornecimento de informações necessárias à criança, sobre as características da sua problemática, mantendo uma postura compreensiva, aberta e disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas (Brazelton & Greenspan, 2002; Fernandes & António, 2004; Marques & Cepêda, 2009).

Com o principal objectivo de proporcionar à criança uma relação única sem controlo e sem influências, ausente de directividade onde esta passará a ser o centro (Axline, 1947) das atenções e não o centro dos problemas nem das críticas.

Aqui e ao experienciar um processo de mudança no momento em que lhe são fornecidas condições de compreensão e de aceitação, que a encorajam a experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos e emoções relativamente ao campo

experiential, contrariamente aquilo que experiencia no seu dia-a-dia (Dachroden, 2006; Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Pescitelli, 1996; Rogers, 2009) a criança consegue assim desenvolver intimamente competências que lhe permitem trabalhar, regular e ultrapassar as suas dificuldades e limitações de uma forma autónoma e espontânea.

No caso A, a sua evolução clínica foi visível apesar do curto tempo de intervenção, porém foi clara uma diminuição da sua ansiedade, uma maior confiança em si mesmo, maior capacidade de comunicar sobre os seus sentimentos, medos e receios e uma significativa diminuição da sua agitação e irrequietude motora inerente aos seus menores níveis de ansiedade.

Com isto acreditamos que a experiência de um ambiente acolhedor, aceite, não crítico e compreensivo do seu sofrimento, consiste numa melhor forma de trabalhar providenciou neste caso, uma melhora terapêutica eficaz e evidente, residindo sempre na crença de que a capacidade da criança de tal como os adultos é capaz de se auto-desenvolver e evoluir num ambiente que assim o permita e estimule.

Como referido anteriormente o A, continua a beneficiar de acompanhamento psicológico, a sua evolução tem sido gradual, com as oscilações naturais de um processo terapêutico, em que muitas vezes ao longo de todo o processo as alterações que vão surgindo mantêm um forte impacto não apenas a nível da criança mas a nível de todo o sistema familiar, com isto podemos concluir que a sua evolução tem sido bastante favorável, na medida em que é actualmente uma criança mais bem adaptada, menos ansiosa e com evidências comportamentais mais estáveis, o seu aproveitamento escolar foi aumentando progressivamente, juntamente com o aumento da sua auto-confiança e auto-estima.

No segundo caso apresentado, tal como no primeiro podemos observar que precedente ao aparecimento da patologia infantil, se encontram acontecimentos de vida bastante precoces e marcantes que pela sua forte dimensão emocional consistem uma forte influência para o desenvolvimento infantil.

No caso de G, os agravamentos dos seus sintomas surgiram não apenas inerentes ao nascimento da sua irmã mais nova mas a todas as alterações físicas e emocionais que isso implicou na sua vida. Uma menor disponibilidade parental, a ausência do seu pai e a pouca contenção emocional por parte da sua mãe juntamente com dois estilos parentais muito ambivalentes, deram início a um agravamento dos sintomas que posteriormente levaram a um diagnóstico de PDC.

Uma acentuada dificuldade na aceitação de regras e limites, passagens ao acto impulsivas e agressivas, reacções provocatórias e desafiantes, birras constantes e ataques de fúria representam os sintomas característicos de uma Perturbação Disruptiva do Comportamento (Organização Mundial de Saúde, 1993) presentes na história clínica de G.

Contudo, tal como na P. H. D. A. estão igualmente presentes alguns factores de risco previamente estabelecidos por Marques e Cepêda em 2009: A existência de um ambiente familiar disfuncional, traumas e carências precoces, exposição a situações de violência ou de conflitos, um estilo parental ambivalente com alternância entre rigidez excessiva e ausência de controlo, regras e limites.

No caso dos pais do G, podemos observar situações de ambivalência parental muito intensas quando por exemplo, por receber um recado da escola a sua mãe e o seu pai decidem coloca-lo de castigo sem poder sair de casa, gritando-lhe frequentemente que “não prestas” (sic), “És mau” (sic), “Só me dás problemas” (sic), mas no dia

seguinte, o presenteiam com vários jogos de computador, na maioria não adequados para a sua faixa etária.

Aqui, tal como no primeiro caso, é evidente a presença de condições de valor que irão novamente estar na origem do surgimento de uma incongruência por parte do G, que por sua vez levarão ao surgimento de uma sintomatologia característica de uma desadaptação, baixa auto-estima e sintomatologia depressiva. O efeito dramático de um acumular de incongruência, sofrimento e angústia por parte da criança está na origem da sintomatologia que ela própria apresenta, assim torna-se fundamental a criação de um ambiente compreensivo, aceitante e segura que lhe permita libertar-se das suas condições de valor e ser capaz de se auto-desenvolver e actualizar.

Alguns autores defendem que, as relações interpessoais contribuem para que a criança consiga desenvolver a sua percepção, modele o seu comportamento e forma de agir perante determinadas situações que vivenciou na presença dos adultos e figuras de referência que a rodeiam construindo assim o seu próprio ambiente físico e social (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho, & Barreto, 2005). São evidentes as dificuldades de relacionamento entre os pais de G, em que um elevado nível de conflitos, frequentes discussões e evitamento entre ambos era no início aquilo que os caracterizava como casal.

São referidos como maiores influentes no bem-estar infantil, as relações parentais, o estilo e o nível de co-parentalidade mantida no meio familiar e os estilos parentais de cada um dos progenitores, tendo em especial atenção o nível de diferença entre si (Wise, 2003).

A desresponsabilização parental na altura do nascimento da irmã mais nova de G é também um factor gerador de grande sofrimento para G, uma vez que após o nascimento da irmã, acabou por ir viver com os seus avós maternos durante a semana

para que os seus pais não se sentissem tão sobrecarregados. Isto acarretou na vida de G, para além de um grande sofrimento, um elevado nível de stress e ansiedade, sempre que se aproximavam os dias de escola, e que era retirado da sua casa e da companhia dos seus pais para casa dos seus avós, acabava por resultar num aumento dos seus comportamentos mais desafiantes, agressivos e impulsivos.

No caso do G tal como no do A, foi imprescindível uma intervenção terapêutica tanto a nível infantil como da família, na medida em que foram atendidas as necessidades emocionais do G mas também dos seus pais. A sua mãe visivelmente fragilizada no início da nossa intervenção, apesar da sua não adequada postura com o G, sempre se esforçou para fazer o seu melhor como mãe, contudo carregava com ela um grande sofrimento e necessidade de atenção e compreensão.

Ao longo da intervenção foram marcados momentos específicos com a mãe e com o pai de G que não se realizaram durante a realização deste estágio pela falta de disponibilidade de ambos, estas sessões teriam como objectivo, acolher o sofrimento e as dúvidas como pais, em que foram também abordados alguns aspectos, que poderiam não ser tão facilitadores para o desenvolvimento do G, tentando manter sempre uma postura compreensiva e acolhedora, contudo, essa intervenção não foi possível. Contudo, manteve-se esta postura com a mãe do G, apesar da ausência do pai.

Ao longo das sessões, foi visível ao longo do processo, uma diminuição da sua ansiedade, através da alteração de uma postura rígida e crítica por parte da mãe do G para uma postura mais motivada e afável na relação com o G, mais capaz agora de compreender os limites de tempo e de espaço entre o G e a sua irmã mais M, a necessidade de adoptar medidas práticas que visassem a inclusão do G na sua casa também durante a semana de forma a não se sentir abandonado em tempos escolares, que apesar de ter sido programado, não se realizou.

Marques e Cepêda (2009), sugerem que o profissional deverá, tentar manter uma relação de apoio e compreensão para com os pais, motivando a família para a mudança e para a evolução, não apenas da criança mas, de todos os membros do sistema familiar, sublinhando a importância da coerência parental nas suas regras e atitudes, promovendo a contenção de punições físicas e benefícios secundários com o próprio sintoma da criança.

Contudo, consideramos também essencial que o psicólogo seja capaz de criar um ambiente acolhedor e disponível para entender e trabalhar as dúvidas e receios dos pais de forma calma, não julgando, não criticando e compreensiva daquelas que são as dificuldades reais dos pais.

Podemos então referir a que mais completa e adequada forma de intervir sobre estas problemáticas é *essencial* o olhar a ter sobre os sinais, os sintomas, e as causas do surgimento dos mesmos, ter em conta que os sintomas adquirem sempre um significado no contexto sócio-familiar e no momento do percurso evolutivo em que a criança se encontra (Bayer, Ukoumunne, Lucas, Scalzo, & Nicholson, 2011; Marques, 2011; Marques & Cepêda, 2009; Shaffer, 2004).

No trabalho terapêutico desenvolvido com o G, tal como no trabalho mantido com o A, foram tidas em conta todas as atitudes terapêuticas de Carl Rogers, uma postura de aceitação, de empatia e de congruência (Hipólito, 2011) para que ambos pudessem experienciar um processo de mudança através do fornecimento de condições de compreensão e de aceitação que lhes permitissem experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos e emoções (Hipólito, 2011; Marques, 2000; Moreira, 2010; Rogers, 2009). Durante o processo terapêutico a função do terapeuta é construtiva, na base em que é direccional apenas no sentido de ir ao encontro da

realização, plenitude e utilização plena das suas potencialidades e capacidades inerentes do cliente (Dachroden, 2006).

Tal como referido por Axline em 1947, a ludoterapia, representa um meio e não um fim de aceder ao mundo interno da criança, com um objectivo estritamente relacional, o jogo representa a forma natural da criança se auto exprimir proporcionando-lhe uma forma de se libertar dos seus problemas, acabando por tomar consciência deles e esclarecendo-os, ela aprende a controlá-los e esquece-os.

Podemos então concluir que a providência de um ambiente, calmo, sem críticas, sem controlo e sem directividade, onde a compreensão, a empatia e a aceitação foram premissas fundamentais, ambas as crianças foram capazes de se auto desenvolver, ao seu próprio ritmo, no seu próprio tempo e da sua melhor forma.

O G, continua ainda a beneficiar de acompanhamento psicológico, na UPIA. Apesar de ainda se encontrar numa fase muito inicial do seu acompanhamento, a sua evolução tem sido de uma forma geral positiva, na medida em que são visíveis evoluções no seu dia-a-dia, sobretudo na sua menor agitação e irrequietude, uma maior capacidade de pensar e de agir mais calmamente sem passagens repentinas ao acto, uma maior capacidade de conversar sobre si mesmo e sobre o seu sofrimento e com um melhor aproveitamento escolar. Contudo, o G está ainda no início de um processo que não poderá ser curto pela sua complexidade, mas caminha em direcção a uma evolução clínica favorável.

Mantendo a crença de que o outro será capaz de se auto-desenvolver a postura do psicólogo não se torna menos necessária mas sim diferente, na medida em que não irá ditar, nem prescrever, nem ensinar a pessoa a mudar a sua vida para melhor. Mais difícil que isso, é quando o psicólogo consegue entender que o seu trabalho é caminhar

lado a lado com a pessoa enquanto ela própria se auto-descobre e auto-entende a si mesma na sua forma de ser e de vivenciar os acontecimentos.

Este estágio provou-me que isso é (para mim), a mais pura das verdades, daquelas que não se podem ler nos livros, aprender na escola, mas que só são interiorizadas quando estamos frente a frente a alguém que nos desperta um sentimento de compaixão imenso, e em que ajudá-la se torna a nossa maior missão.

## **5.2. Considerações Finais**

A minha escolha inicial da UPIA para realização do meu estágio académico, teve como fundamento principal a minha vontade, gosto e desejo antigo de trabalhar com crianças. Apenas baseada num desejo não fundamentado, acreditei inicialmente que este estágio iria servir para confirmar as minhas suspeitas, de que o trabalho psicológico com uma população infantil seria fascinante, e foi. As minhas expectativas não poderiam ter sido mais eficazmente correspondidas, o meu amor pelas crianças não poderia ser agora mais forte e a minha crença de que através desta profissão se poderiam mudar vidas não poderia estar mais forte.

Quando entramos para um curso como o de Psicologia são muitas as variantes que nos despertam interesse, sobretudo pelas variadíssimas áreas em que a psicologia se aplica, e a verdade é que os caminhos que podemos escolher são imensos e que a variedade de estágios que o Departamento de Psicologia nos apresenta, assim o comprova.

Ao escolher este estágio, fui de encontro às minhas motivações mais íntimas, aos meus ideais, aos meus projectos futuros e aos meus sonhos como pessoa que inicia agora o seu (ainda) longo percurso no mundo da psicologia. Contudo, tal como em todas as áreas da nossa vida, esta não é excepção no que diz respeito aos desgostos e

desilusões. Quando iniciamos um estágio numa instituição de prestígio e de renome como o HSM, não deixamos de ser contagiados pela ilusão de que aqui, os percalços não acontecem, que os erros não existem e de que o sucesso é sempre garantido. Mas, a realidade não é essa.

A realidade de colaborar num sistema de saúde público traz-nos uma nova percepção sobre as suas limitações. A falta de estruturas, de profissionais, de tempo e até de condições físicas de trabalho que permitam muitas vezes aos profissionais serem tão bons podem ser. O número limitado de gabinetes, os objectivos a cumprir, as pressões para obter resultados e a falta de condições para os alcançar, não deixam de ser factores que condicionam em muito, o empenho e a motivação de quem todos os dias luta para dar o seu melhor profissionalismo nestes serviços.

As limitações existentes nestes contextos são evidentes e muito debatidas nos dias que vivemos, a falta de fundos que inviabilizam a contratação de mais profissionais, a falta de disponibilidade e capacidade de acolher um grande número de pessoas que por falta de profissionais não vêm ser atendidas as suas necessidades, a falta de material de trabalho como, testes psicométricos actualizados e originais, a falta de condições muitas vezes físicas que implicam uma má utilização do *setting* terapêutico, como interrupções devido a necessidade de partilha de gabinetes e até à falta de gabinetes onde possam decorrer as consultas.

Mas além das limitações físicas existentes num sistema de atendimento público, é também importante referir a necessidade de valorização do papel do psicólogo e do seu trabalho que lhe deverá ser exclusivo e eticamente respeitado. As fortes hierarquias estabelecidas nos sistemas de saúde públicos visam muitas vezes uma forma de colaboração pouco autónoma do psicólogo, na medida em que este espera que outro profissional a ele recorra ou proponha uma intervenção em determinado caso. O papel

do psicólogo é na maioria das vezes mantido como um papel secundário ao da psiquiatria ou da medicina, contudo é emergente a necessidade de poder dar classe profissional de psicólogo a importância e autonomia que ela merece.

Em futuros trabalhos, sugere-se que possa ser dado espaço para debater esta questão da autonomia e liberdade do psicólogo nos serviços de saúde públicos, que ainda pouco reflectida nos dias de hoje, representa um tema da máxima importância sobretudo para todos os futuros profissionais do mundo psicologia.

Uma dificuldade ainda a mencionar, é a difícil tarefa de resumir um trabalho intensivo de um estágio com (quase) 900 horas num número limitado de páginas, no meu caso pessoal, esta foi obviamente uma missão mal sucedida, uma vez que em muito foi ultrapassado o número limite de páginas. Contudo, acredito que a quantidade e qualidade do trabalho desenvolvido em estágio, assim o justificam. Não posso por isso deixar de colocar como sugestão futura, a adequação do número limite de páginas à quantidade de horas dispendidas pelo aluno no seu local de estágio.

Pondo isto, não posso deixar de felicitar todos os profissionais que conheci nesta unidade que em momento algum puseram em causa o bem-estar dos seus pacientes e dentro dos possíveis sempre lutaram para que o melhor lhe fosse providenciado.

Este estágio representou para mim mais do que uma etapa académica, este será sempre um referencial, uma motivação e um motivo de orgulho na minha história de vida, aqui aprendi a ser uma melhor pessoa, uma melhor aluna e certamente uma melhor profissional. Se acreditarmos que há experiências de vida que fazem de nós não pessoas diferentes mas pessoas mais evoluídas, esta foi uma delas.

## Referências

- Abreu, M. (1990). Os primeiros laboratórios de psicologia em Portugal: Contexto e sentido da sua criação. *Jornal de Psicologia*, 9 (1), 3-7.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alizadeh, S., Talib, M., Abdullah, R., & Mansor, M. (2011). Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Canadian Center of Science and Education*, 12 (7), 195 - 201. doi:10.5539/ass.v7n12p195
- Almeida, C. C., Costa, G., O., & Gomes, K., V. (2009). Segredos e conflitos familiares: Um estudo de caso. *Vínculo – Revista do NESME*, 6 (1), 88 - 102.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Andrade, S., Santos, D. N., Bastos, C. A., Pedromônico, M. R., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 606 – 611.
- Araújo, A. F. (2003). Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto: Comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. *Paidéia – Universidade de Coimbra*, 12 (24), 215 – 227.
- Aunola, K., & Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 6 (76), 1144 – 1159.
- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2012). Childhood depression: Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-

- income Brazilian schoolchildren. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (26), 1 - 9. doi:10.1186/1753-2000-6-26.
- Axline, V. M. (1947). *Ludoterapia: A dinâmica interior da infância*. Belo Horizonte: Inter livros.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bentovim, A. (1999). Terapia familiar. In S. Bloch (Coord.), *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 245 - 267). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bohart, A.C. (2007). Taking steps along a path: Full functioning, openness and creativity. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6 (1), 14-29. doi: 10.1080/14779757.2007.9688425
- Bolton, L., & Warwick, L. (2005). *O livro completo da psicologia*. São Paulo: Madras Editora.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brennan, J. F. (2000). *Psicologia: História y sistemas*. Madrid: Prentice Hall.
- Brites, R., & Pires, M. T. (2008). A ética e o processo de avaliação psicológica. *ANAIS - Série Psicologia, PSIQUE*, 6, 145 - 156.
- Brito, R., & Paiva, V. (2012). Psicoterapia de Rogers e ludoterapia de Axline: Convergências e divergências. *Revista Nufen*, 4 (1), 102-114.
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (Eds.). (2005). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos*. São Paulo: Santos Editora.
- Cabeçadas, T. (2004). *Espaço, movimento e palavra: Reflexões em torno de três casos de irrequietude*. (Dissertação de mestrado em psicologia). Instituto de Psicologia Aplicada: Lisboa.

- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (4), 706-717.
- Carneiro, T. (1996). Terapia familiar: Das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 16 (1), 38 - 42.  
Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v16n1/07.pdf>
- Carpintero, H. (2003). *História de las ideas psicológicas*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of child and adolescent psychology: A contextual approach*. NY: Routledge.
- Cassidy, J. & Shaver P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: A atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2008a). *Centro Hospitalar Lisboa Norte*. Retrieved from <http://www.hsm.min-saude.pt/>
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2008b). *Centro de formação*. Retrieved from <http://www.hsm.min-saude.pt/hsminter/tabid/266/Default.aspx>
- Cheniaux, E. (2008). *Manual de Psicopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Congruence: An integrative five-dimension model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6 (4), 229-239. doi: 10.1080/14779757.2007.9688444
- Crowell, J., Treboux, D., & Brockmeyer, S. (2009). Parental divorce and adult children's attachment representations and marital status. *Attachment & Human Development*, 11 (1), 87 – 101.

- Cui, M., & Fincham, F. (2010). The differential effects of parental divorce and marital conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 17, 331 – 343. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01279.x
- Cui, M., Fincham, F., & Durtchi, J. (2011). The effect of parental divorce on young adults' romantic relationship dissolution. *Personal Relationships* 18, 410 – 426. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01306.x
- Dachroden, S. V. H. (2006) *O efeito da relação de ajuda segundo a abordagem centrada na pessoa no grau de auto-estima e no sentido interno de coerência do indivíduo idoso*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/987/1/DM%20DACH-S1.pdf>
- Delatorre, M., Santos, A., & Dias, H. (2011). O normal e o patológico: Implicações e desdobramentos no desenvolvimento infantil. *Revista Contexto & Saúde*, 10 (20), 317 – 326.
- Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade de Lisboa (2007). *Seminário de estágio I*. Retrieved from <http://portal.ual.pt/portal/Main?Portal=1400>
- Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL (s.d.). *Regulamento de estágios académicos*. Retrieved from <http://portal.ual.pt/portal/Main?Portal=1355&Application=ContentManager&target=contentdesktop&mode=load&id=89505>
- Dieudonné, V. (2004). Mal educado ou irrequieto? Caso clínico de hiperactividade vs alterações do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20 (1), 81 - 88.
- Diniz, A., Almeida L., & Pais, L. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: Inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico USF*, 12 (1), 1 – 12.

- Dolle, J. M. (2002). *Compreender Jean-Piaget*. Lisboa: Publicações Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.
- Duque, C. (2010). A herança transgeracional no indivíduo: estudo de caso. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, 7, 314 -323.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 381-387.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- Farinati, D., M., Rigoni, M. S., & Muller, M. C. (2006). Infertilidade: Um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia – Campinas* 23 (4). 433 - 439.
- Fernandes, E., & António, J. (2004). Perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 451 – 454.
- Freeman, R. T., Brown, R. A., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L. M., Rickel, L. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 536 – 545. doi: 10.1037//0735-7028.33.6.536
- Galera, S., & Luis, M. (2002). Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e à sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 36 (2), 141 – 147.
- Geller, S. M., & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic presence: Therapists’ experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1-2), 71-86. doi: 10.1080/14779757.2002.9688279
- Greenberg, L. S., & Geller, S.M. (2001). *Congruence and therapeutic presence*. Retrieved from [http://www.sharigeller.ca/pdfs/Congruence\\_proofs.pdf](http://www.sharigeller.ca/pdfs/Congruence_proofs.pdf)

- Healey, D., Flory, J., Miller, C. J., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20, 148 – 161. doi: 10.1002/icd.682
- Henriques, G. (2010). O isolamento existencial e psicopatologia. *Análise Psicológica*, 4 (28), 631 – 642.
- Hepburn, K. S. (2004). *Families as primary partners in their child's development and school readiness*. Retrieved from <http://www.aecf.org/upload/publicationfiles/families.pdf>
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Huttel, J., Kisxiner, K., Bonetti, R., & Rosa, M. (2011). A depressão infantil e as suas formas de manifestação. *Psicologia e Argumento*, 29 (64), 11 – 22.
- Kupfer, M., Jerusalinsky, A., Bernardino, L., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: Um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6 (1), 48 – 68.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de século.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de século.
- Lietaer, G. (1993). *Authenticity, congruence and transparency*. Retrieved from <http://www.elementsuk.com/libraryofarticles/authenticity.pdf>
- Lietaer, G., & Lasuy, C. (2010). Client and therapist pre-session feelings and expectations in client-centered/experiential psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9 (4), 71-86. doi: 10.1080/14779757.2010.9689075

- Marques, P. (2000). Em torno do termo congruência. *A Pessoa Como Centro, Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 90-94.
- Marques, T. P. (2009). *Clínica da Infância: Conselhos práticos de psicologia infantil*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental do Ministério da Saúde. Retrieved from [http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudemental\\_csp.pdf](http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudemental_csp.pdf)
- Maurer, R. E., & Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 30 (2), 158-163. Retrieved from [http://www.wider-mind.com/articles/postural\\_congruence\\_maurer.pdf](http://www.wider-mind.com/articles/postural_congruence_maurer.pdf)
- Menezes, M., Moré, C., & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátricas e os seus desafios actuais na formação pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*, 26 (2), 227 – 238.
- Mesibov, G. B. (1990). What is special about pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 16 (3), 267 – 271.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valerio, N. I., Santos, A. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1), 29-53.
- Mombelli, M., Costa, J., Marcon, S., & Moura, C. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de *stress* infantil. *Estudos de Psicologia Campinas*, 28 (3), 327 – 335.

- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 27 (4), 537-544. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf>
- Mucchielli, R. (1994). *A entrevista não directiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- O'Connor, E., Rodriguez, E., Cappella, E., Moris, J., & McClowry, S. (2012). Child disruptive behavior and parenting efficacy: A comparison of the effects of two models of insights. *Journal of community Psychology*, 5, 555 – 572. doi: 10.1002/jcop.21482
- Ordem dos Psicólogos (2013). *Código deontológico dos psicólogos portugueses*. Retrieved from: <https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/PCD.pdf>
- Parpinelli, R., & Ludardelli, M. (2006). Avaliação psicológica em processos selectivos: Contribuições da abordagem sistémica. *Estudos de Psicologia Campinas*, 23 (4), 463 – 471.
- Pastor, N. P., Reuben, A. C., & Duran, C. (2012). *National Health Reports: Identifying Emotional and Behavioral Problems in Children Aged 4–17 Years in United States, 2001–2007*. National Center for Health Statistics – U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr048.pdf>
- Paulussen-Hoogeboom, M., Stams, G., Hermanns, J., Peetsma, T., & Wittenboer, G. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169 (3), 209 – 226.

- Pediatria Centro Hospitalar Norte (2013). *Estrutura: Organigrama*. Retrieved from <http://83.240.153.196:8082/index.php/more-info/o-departamento>
- Pervin, A. L., & John, P. O. (2004). *Personalidade, teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed
- Pescitelli, D. (1996). *An analysis of Carl Rogers theory of personality*. Retrieved from [http://www.scottpearsons.com/uploads/Site\\_1013/Carl%20Rogers%20Theory.pdf](http://www.scottpearsons.com/uploads/Site_1013/Carl%20Rogers%20Theory.pdf)
- Pinto, A. C. (2002). Uma leitura comentada de dois artigos de José Ferreira Marques sobre a psicologia em Portugal com uma reflexão sobre cenários futuros. In *Homenagem ao Prof. Doutor J. Ferreira Marques* (pp. 23-38). Lisboa: Stória Editores.
- Pinto, S. J. (2008). Psicólogos, que futuro?. *ANAIS - Série Psicologia, PSIQUE*, 6, 157 – 167.
- Pires, M. T., Hipólito, J., & Jesus, S. N. (2014). *Children's stress symptoms: A between-group comparison*. In K. Kaniasty, K. Moore, S. Howard & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety: Applications to social and environmental threats, psychological well-being, occupational challenges, and developmental psychology* (pp. 271-281). Berlin: Logos Verlag.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., & Joseph Biederman, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Queirós, O., Goldschmidt, T., Almeida, S., & Gonçalves, M. J. (2003). O outro lado das birras: Alterações de comportamento na primeira infância. *Análise Psicológica*, 21 (1), 95 – 102.

- Ribeiro, J. P., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Anais de Psicologia, PSIQUE*, 4, (14) 589 – 599.
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J. (2004). A comunicação e alterações dos comportamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (5), 131 – 144.
- Rogers, C (1947) *Manual de counseling*. Lisboa: Ed. Encontro, 2000.
- Rogers, C. R. (1962). *The interpersonal relationship*. Retrieved from [http://www.centerfortheperson.org/pdf/1962\\_\\_the\\_interpersonal\\_relationship.pdf](http://www.centerfortheperson.org/pdf/1962__the_interpersonal_relationship.pdf)
- Rogers, C. R. (1967). *The therapeutic conditions antecedent to change*: A theoretical view. Retrieved from [http://www.centerfortheperson.org/pdf/1967\\_\\_Therapeutic\\_Conditions\\_Antecedent\\_to\\_Change.pdf](http://www.centerfortheperson.org/pdf/1967__Therapeutic_Conditions_Antecedent_to_Change.pdf)
- Rogers, C. R. (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Edual
- Rogers, C.R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 240-248. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240. (Artigo original publicado em 1957).
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se pessoa*. (Entre Letras, Trad.). Lisboa: Padrões Culturais. (Obra original publicada em 1961).
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1969). *Psychotherapy and personality change*. University of Chicago: Chicago. Retrieved from [http://www.1theolexamen.de/pt/seelsorg/rogers\\_personality.pdf](http://www.1theolexamen.de/pt/seelsorg/rogers_personality.pdf)
- Rohde, L., & Halpern, R. (2004). Transtorno de défice de atenção e hiperactividade. *Jornal da Sociedade Brasileira de Pediatria*, 80 (2), 60 – 71. doi: 0021-7557/04/80-02

- Routh, D. K. (2000). Clinical Psychology training: a history of ideas and practices prior to 1946. *American Psychologist*, 55, (2), 236 – 241. doi: 10.1037/0003-066X.55.2.236
- Schaffer, H. R. (2004). *Introdução à psicologia da criança*. Lisboa: Instituto Piaget: Epigénese , Desenvolvimento e Psicologia.
- Schmid, P. F. (2002). The Characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 104 – 120.
- Schultz, D., & Schultz, S. (2005). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Sobral, M. P., Almeida, P. & Costa, M. E. (2010). Medo da intimidade, vinculação e divórcio parental: um estudo com jovens adultos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho*, 993 – 1009.
- Souza, J. C. (2004). A actuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil. *Psicologia, ciência, profissão*, 24 (2), 24 – 31.
- Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 15 (3), 289 – 309.
- Teixeira, J. A. C., Cima, M. & Cruz, C. (1999). Psicologia da saúde em Portugal. *Análise psicológica*, 3 (14), 435 – 455.
- Tengland, P. A. (2009). The goals of psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (2), 127-142. doi: 10.1080/14779757.2009.9688485

- Timpano, K., Keough, M., Mahaffey, B., Schmidt, N. & Abramowitz, J. (2010). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24 (3), 151 – 164. doi: 10.1891/0889-8391.24.3.151
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16 (2), 217 – 229.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18 (1), 3 – 14.
- Tonetto, M. G. & Gomes W. B. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *PSICO – Porto Alegre*, 36 (3), 283 – 291.
- UAL (2011). *Regulamento geral de mestrados (novo)*, 8 de Junho de 2011. Retrieved from <http://portal.ual.pt/portal/Main?Portal=140&Application=ContentManager&target=contentdesktop&mode=load&id=89715>
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Van Belle, H. A. (1980). *Basic intent and therapeutic approach of Carl R. Rogers*. Toronto: Wedge Publishing Foundation.
- Vanaerschot, G. & Lietaer, G. (2010). Client and therapist postsession perceptions of therapeutic ingredients in helping episodes: A study based on three cases. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9 (3), 205-219. doi: 10.1080/14779757.2009.9689067
- Vélez, C., Wolchik, S. A., Tein, J. & Sandler, I. (2011). Protecting children from the consequences of divorce: a longitudinal study of the effects of parenting on children's coping processes. *Child Development*, 82 (1), 244 – 257. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01553.x

- Willis, D. J. (2000). In memoriam of Logan Wright 1933 – 1999. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (5), 358 – 361.
- Wise, S. (2003). Family structure, child outcomes and environmental mediators: an overview of the development in diverse families study. *Australian Institute of Family Studies Research Paper* , 30, 1 – 42.
- Woolfson L. & E. Grant (2005). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 2 (32), 177 – 184.
- World Health Organization (Coord.) (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.).Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization (2012). *Risks to mental health: An Overview of vulnerabilities and risk factors*. Background paper by W.H.O. Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Retrived from [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/consultation\\_global\\_mh\\_action\\_plan\\_2013\\_2020/en](http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en)