

**Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

**INTERVENÇÕES SOCIOTERAPÊUTICAS NA CRIANÇA  
COM PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO  
COMPORTAMENTO**

**ANA MARTA FERNANDES SANTOS SALVADOR CORREIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ORIENTADO POR:  
PROFESSORA PATRÍCIA CARLA DA SILVA PEREIRA**

**2012**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Patrícia Carla da Silva Pereira, pela sua orientação, dedicação e paciência.

Aos enfermeiros António Nabais e Ricardo Rodrigues pela partilha de sabedoria no grupo de sociodrama.

À minha família pelo apoio, paciência e carinho, sem vocês não teria conseguido.

A todas as crianças/adolescentes, alvo das intervenções de enfermagem, que muito me ensinaram e fizeram crescer.

A Ti Senhor que me deste a força, a paz e a alegria.

## RESUMO

Este relatório de estágio aborda a problemática da criança com perturbações disruptivas do comportamento. A teoria das transições de Meleis suporta a compreensão deste fenómeno. O enfermeiro que acompanha estas crianças nas suas transições de vida precisa estar preparado para lidar com este desafio comportamental e sofrimento emocional. A finalidade do projeto é facilitar os processos de transição saúde/doença em crianças com perturbações disruptivas do comportamento. Como objetivos temos desenvolver intervenção em grupo de sociodrama com crianças com perturbação disruptiva do comportamento, avaliar o impacto da intervenção no comportamento das crianças e desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi realizado um estágio num serviço de saúde mental da infância e adolescência em dois contextos distintos, em situação de internamento e em hospital de dia. No internamento foi promovido um ambiente terapêutico onde foram criadas oportunidades para a criança desenvolver estratégias de coping e competências sociais melhorando assim o seu comportamento interpessoal. No hospital de dia o sociodrama foi a intervenção socioterapêutica desenvolvida durante quatro meses, num grupo semanal de crianças com perturbações disruptivas do comportamento. O desempenho de papéis no grupo permite a ação dos seus conflitos internos, a catarse das emoções e a passagem ao pensamento simbólico desses conflitos. O objetivo da intervenção é a mudança da situação de desempenho de papel insuficiente para um estado de desempenho de papel de mestria, de acordo com Meleis. Pretendemos ainda aplicar e propor uma forma de avaliação deste tipo de intervenção como contributo para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação para uma prática baseada na evidência. Foi monitorizado o progresso de duas das seis crianças sujeitas à intervenção através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão de autoavaliação. Os resultados demonstraram uma melhoria no comportamento pró-social de ambas; numa criança houve ligeira diminuição na intensidade dos sintomas mas na outra estes aumentaram. De futuro devem ser aplicadas também as versões para pais e professores para uma avaliação completa.

Palavras Chave: crianças; comportamento; perturbação disruptiva; intervenção socioterapêutica.

## **ABSTRACT**

This final report discusses the problem of children with disruptive behavior disorders. Meleis' theory of transitions supports the understanding of this phenomenon. The nurse who accompanies the child in its life transitions must be prepared to deal with this behavioral challenge and emotional distress.

The purpose of the project is to facilitate the transition processes health/disease in children with disruptive behavior. The overall goal is to develop general skills as specialist nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing; the specific objectives are to develop sociodrama group intervention with children who exhibit disruptive behavior and evaluate the impact of intervention in children's behavior. An internship was conducted at a mental health service for children and adolescents in two different contexts: at inpatient and at day hospital. The hospitalization in child psychiatry provides a therapeutic environment where opportunities arise for child develop coping strategies and social skills thus improving their interpersonal behavior. On day hospital, sociodrama was the sociotherapeutic intervention developed during four months in a weekly group of children with disruptive behavior. Role-playing allows the group to share its internal conflicts, the catharsis of the emotions and the transition of these conflicts to symbolic thought. The major goal of intervention is to change the situation of insufficient role performance to a state of role-mastery, according to Meleis.

We also plan to apply and propose a way to evaluate this type of intervention as a contribution to the development of future research for evidence-based practice. The progress of two of the six children subject to intervention was monitored by the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), version of self-assessment. The results showed an improvement in pro-social behavior of both; in one child there was a slight decrease in intensity of symptoms, but they increased in the other. In the future the versions for parents and teachers should also be applied for a full evaluation.

Keywords: children; behavior; disruptive disorder; sociotherapeutic intervention

## **SIGLAS**

APIA – Apreciação, Problema, Intervenção, Avaliação

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª edição

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CNSM – Comissão Nacional para a Saúde Mental

CPS – Comportamento Pró-Social

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª edição

FR – Frequência respiratória

HDA – Hiperatividade/Défice De Atenção

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

NIC – Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – Nursing Outcomes Classification (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Problemas de Comportamento

PCol – Problemas com os Colegas

prn – pro re nata<sup>1</sup>, vulgo SOS – sempre que necessário

SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades)

SE – Sintomas Emocionais

TD – Total das Dificuldades

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

---

<sup>1</sup> Expressão do latim, habitualmente utilizada na prescrição médica, que significa *quando necessário*. Ver: <http://www.merriam-webster.com/medlineplus/PRN>

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 2.1</i> Modelo de enfermagem de transições.....	14
<i>Figura 6.1</i> Diagnóstico do SDQ em novembro. ....	39
<i>Figura 6.2.</i> Diagnóstico do SDQ em fevereiro. ....	39
<i>Figura 6.3.</i> Evolução de duas crianças.....	41
<i>Figura 6.4.</i> Impacto das dificuldades na vida da criança. ....	41

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	8
2. CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DISRUPTIVA DO COMPORTAMENTO À LUZ DOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DE MELEIS .....	10
2.1. Problemática, pertinência e justificação do projeto.....	10
2.2. A criança com perturbações disruptivas do comportamento e os processos de transição.....	12
2.3. Modelos compreensivos do fenómeno do comportamento disruptivo .....	15
2.4. Teoria psicodramática dos papéis .....	23
3. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	25
4. PLANO DE TRABALHO.....	26
5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS.....	32
5.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria.....	32
5.2. Hospital de Dia .....	33
6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
6.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria.....	35
6.2. Hospital de Dia .....	36
7. QUESTÕES ÉTICAS E QUESTÕES EMERGENTES .....	42
8. LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....	44
9. CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
APÊNDICES .....	51
Apêndice A – Mecanismos de defesa do Ego .....	
Apêndice B – Grelha para observação de comportamentos e atitudes .....	
Apêndice C – Registo de um Plano de Cuidados .....	
Apêndice D – Registo de uma sessão de sociodrama .....	
Apêndice E – Questionário SDQ .....	

## 1. INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental das crianças, adolescentes e famílias são uma sobrecarga enorme para os próprios e para a sociedade. Na prática diária do trabalho desenvolvido na comunidade, temo-nos vindo a deparar com um crescente de situações de crianças com perturbações graves do comportamento na linha do agir, que nos trazem grande inquietação, quer a nível profissional quer a nível pessoal.

Ajudar a atravessar a infância/adolescência da forma mais ajustada, apesar das perturbações do comportamento que possam existir nas crianças, é tarefa que a enfermeira inserida na equipa de saúde escolar tem no seu campo de atuação.

Tendo esta preocupação inicial e o desejo de desenvolver competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, optámos por realizar um projeto e respetivo estágio na área da saúde mental da infância e adolescência. Partimos para este projeto com algumas interrogações que nos inquietavam: Que explicações estão por detrás destes problemas de comportamento? Qual o tipo de intervenções mais adequadas ou eficazes? Como implementar as intervenções? Como podemos medir os resultados?

A finalidade deste projeto é facilitar os processos de transição saúde/doença em crianças com perturbações disruptivas do comportamento.

Assim, os objetivos são desenvolver intervenção em grupo de sociodrama com crianças que apresentam perturbação disruptiva do comportamento, avaliar o impacto da intervenção no comportamento das crianças e desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O modo como cada pessoa reage às diferentes situações, em especial nos períodos de transição, por serem entendidos como fases com maior vulnerabilidade, é de particular interesse para o enfermeiro. A teoria das transições (MELEIS, 2010), ancorará a compreensão e a intervenção de enfermagem em crianças com perturbações disruptivas do comportamento.

Foi realizado um estágio em dois serviços de saúde mental da infância e adolescência, a unidade de internamento e o hospital de dia da infância. Estes serviços pertencem ao

Departamento de Pedopsiquiatria de Lisboa, permitindo dois contextos diferentes de acompanhamento das crianças – internamento e ambulatório.

No internamento foi promovido um ambiente terapêutico onde foram criadas oportunidades para a criança desenvolver estratégias de *coping* e competências sociais melhorando assim o seu comportamento interpessoal. É responsabilidade do enfermeiro criar e manter esse ambiente terapêutico. Foi aplicado o processo de enfermagem, e recorreu-se ao método APIA para sistematização dos registos. Para a observação dos comportamentos das crianças construiu-se uma grelha que facilitasse a identificação e registo dos comportamentos e atitudes.

No ambulatório o sociodrama foi a intervenção socioterapêutica desenvolvida durante quatro meses, num grupo semanal de crianças com perturbações disruptivas do comportamento. O desempenho de papéis no grupo permite a ação dos seus conflitos internos, a catarse das emoções e a passagem ao pensamento simbólico desses conflitos. O objetivo da intervenção é contribuir para a mudança de desempenho de papel insuficiente para um estado de desempenho de papel de mestria, de acordo com Meleis.

Pretendemos ainda aplicar e propor uma forma de avaliação deste tipo de intervenção como contributo para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação para uma prática baseada na evidência. Foi monitorizado o progresso de duas das seis crianças sujeitas à intervenção, tendo-se aplicado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão de autoavaliação.

Em relação à estrutura do relatório, apresentaremos no enquadramento teórico os processos de transição de Meleis, o modelo psicodinâmico e a teoria da vinculação como explicativos do comportamento humano. Abordaremos ainda a teoria psicodramática dos papéis de Moreno (1923), por suportar o tipo de intervenção terapêutica utilizada com o grupo de crianças no hospital de dia. Seguidamente é apresentado o projeto desenvolvido, são também discutidos os resultados obtidos e finalizamos com uma reflexão sobre as questões éticas e considerações finais.

## 2. CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DISRUPTIVA DO COMPORTAMENTO À LUZ DOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DE MELEIS

### 2.1. Problemática, pertinência e justificação do projeto

Este projeto surge de uma motivação pessoal que advém da prática diária do trabalho desenvolvido em saúde escolar. Tem-se constatado um crescente de situações de crianças com perturbações graves do comportamento na linha do agir, que nos trazem grande inquietação, quer a nível profissional quer a nível pessoal.

Tendo-se identificado défice de competências profissionais, o saber-saber, saber-estar, saber-ser e saber-fazer, para apoiar/acompanhar as crianças que apresentam perturbações disruptivas do comportamento e sua família, surgiu a necessidade de desenvolver competências nesta área do conhecimento/intervenção, em termos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A pertinência deste projeto está relacionada com o facto de as perturbações do comportamento e emocionais serem apontadas como as mais prevalentes em idade escolar como nos diz a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM,2009). A CNSM refere que a CID-10 aponta que 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar são Perturbações do Comportamento e Emocionais. Como se pode compreender, as necessidades de acompanhamento destas crianças/famílias na comunidade são enormes, pois a maioria não é acompanhada por equipas de saúde mental, como seria o desejado. Assim com o intuito de dar resposta a estas necessidades, com a qualidade desejada, justifica-se o desenvolvimento deste projeto.

Achenbach e Edelbrock (1978, 1987, 1991), referenciados por LÓPEZ-SOLAR et al (2009), realizaram vários estudos sobre o comportamento das crianças e adolescentes tendo identificado síndromes característicos da infância e adolescência e contribuíram para a elaboração empírica de taxonomias em psicopatologia infantil. Estes autores utilizam as expressões *sintomas externalizantes* e *internalizantes* para agruparem comportamentos que, apesar de terem origem semelhante, o mal-estar emocional, se manifestam de modo diferente. Assim a designação “*sintomas externalizantes*” refere-se

ao conjunto de comportamentos tais como a agressividade, a agitação psicomotora, a desobediência e o comportamento delinvente, isto é, manifestações que se dirigem para fora do sujeito; a expressão “*sintomas internalizantes*” é utilizada nas situações de retraimento, queixas somáticas e ansiedade-depressão, ou seja, manifestações autodirigidas (LÓPEZ-SOLAR et al, 2009).

Por outro lado, a seguinte definição sobre perturbações disruptivas do comportamento, clarifica de outro modo estes comportamentos.

*“...as perturbações disruptivas do comportamento englobam a perturbação de oposição e desafio e a perturbação de conduta. São caracterizadas por um padrão persistente de dificuldade em aceitar regras, passagens ao ato agressivas desencadeadas frequentemente por situações de frustração, comportamentos antissociais de gravidade variável (roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedade, agressividade para pessoas e animais). ... são mais frequentes no sexo masculino e estão presentes em cerca de 5% dos rapazes em idade escolar. Nesta faixa etária predominam os comportamentos heteroagressivos, que vão diminuindo a partir da pré-adolescência, sendo os comportamentos antissociais mais frequentes no período da adolescência ...”* CNSM (2009, p. 22)

Como se pode concluir, trata-se de uma problemática em que a criança/adolescente comunica o seu sofrimento emocional através da ação.

Neste trabalho utilizaremos a expressão “perturbações disruptivas do comportamento” para nos referirmos às perturbações do “*comportamento na linha do agir*” (NABAIS & GUERREIRO, 2005, p. 226), normalmente presentes nas crianças que apresentem diagnósticos de perturbação de conduta, perturbação de oposição e desafio e perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Utilizaremos a designação “crianças” para nos referirmos ao nosso grupo alvo: crianças com idades entre os 11 e os 13 anos.

## **2.2. A criança com perturbações disruptivas do comportamento e os processos de transição**

A Teoria das Transições de Meleis permite uma compreensão das transições do desenvolvimento e de saúde/doença a que as crianças com perturbação disruptiva do comportamento estão sujeitas.

A mudança da infância para a adolescência é uma transição que, nas crianças com perturbações disruptivas do comportamento, pode conduzir ainda a maiores riscos como sejam, o consumo de substâncias lícitas e ilícitas, delinquência, gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis (entre outras) e de manter o insucesso escolar e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Em 1986 Meleis e Chick definiram transições como sendo

*“... a passage from one life phase, condition, or status to another ... transition refers to both the process and the outcome of complex person-environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation. Defining characteristics of transition include process, disconnectedness, perception, and patterns of response.”* (MELEIS, 2010, p. 42)

E em 1991, Meleis acrescenta ainda o seguinte:

*“... a transition denotes a change in health status, in role relations, in expectations, or in abilities. It denotes changes in needs of all human systems. Transition requires the person to incorporate new knowledge, to alter behavior, and therefore to change the definition of self in social context, of a healthy or ill self, or of internal and external needs, that affects the health status...”* (MELEIS, 2010, p. 42)

Como foi enunciado, as transições são processos de mudança na vida da pessoa que produzem resultados, implicando desligar-se de algo, perceber algo e desenvolver padrões de resposta a uma situação. A transição é, portanto vista como uma mudança na vida da pessoa, que implica alterações do estado de saúde, nos relacionamentos, nas expectativas e capacidades, levando-a à assunção de novos papéis.

Até ao momento, estão identificadas por Meleis quatro tipos de transições: transições do **desenvolvimento**, transições **situacionais**, transições **saúde-doença**, e transições **organizacionais**.

As transições do **desenvolvimento** mais estudadas são as que decorrem da parentalidade (tornar-se pai/mãe) durante a gravidez, após o parto e até aos 18 meses de idade da criança. Outras etapas do ciclo de vida, como a adolescência ou a menopausa, são também transições do desenvolvimento (MELEIS, 2010). As transições **situacionais** são aquelas em que há mudanças nas famílias, como seja o caso da viuvez, ou a ida de um idoso para uma instituição, ou a situação de se ser um familiar cuidador, ou no caso da imigração, sem-abrigo, experiências perto da morte ou quando se sai de uma relação abusiva (MELEIS, 2010). As transições **saúde-doença** são aquelas que ocorrem por exemplo após um enfarte do miocárdio, na recuperação do pós-operatório, na infeção por VHI, no traumatismo da espinal medula, no caso de cancro avançado, ou ainda em caso de doença crónica. Também uma grande preocupação é a transição do internamento hospitalar para o ambulatório ou para casa. Exemplo disso é a passagem do internamento para um centro de reabilitação ou a passagem do hospital psiquiátrico para a comunidade (MELEIS, 2010). As transições **organizacionais**, como se pode compreender, acontecem na estrutura ou dinâmica das organizações e afetam a vida das pessoas que aí trabalham e dos seus clientes. Estas podem ser desencadeadas por alterações no ambiente social, político ou económico. Mudanças na liderança, adoção de novas políticas, procedimentos, e práticas, são exemplos de transições organizacionais (MELEIS, 2010).

O processo de transição é central para a enfermagem na medida em que gera vulnerabilidades para os indivíduos. Quando o período de transição afeta o bem-estar, o indivíduo tem dificuldades em fazer transições saudáveis, manifestando necessidades não satisfeitas e alterações no comportamento. Por outro lado nas transições bem-sucedidas há domínio dos comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados com o novo papel e identidade. Meleis enumera três indicadores de transições bem-sucedidas e que são o bem-estar emocional subjetivo, o desempenho do papel de mestria (*role mastery*) e o bem-estar nos relacionamentos.

A Figura 2.1 representa o modelo de enfermagem proposto por Meleis e resume o que temos estado a referir.

Meleis e colaboradores definiram a enfermagem como a arte e a ciência de facilitar as transições com saúde e bem-estar das populações (MELEIS, 2010). Assim, para Meleis uma das missões da enfermeira é ajudar a pessoa a atravessar as transições de forma saudável para conseguir resultados saudáveis.

Segundo este ponto de vista, podemos facilmente reconhecer que as crianças com perturbações disruptivas do comportamento apresentam graves dificuldades em realizar transições bem-sucedidas pois os indicadores sugeridos anteriormente estão bastante prejudicados.

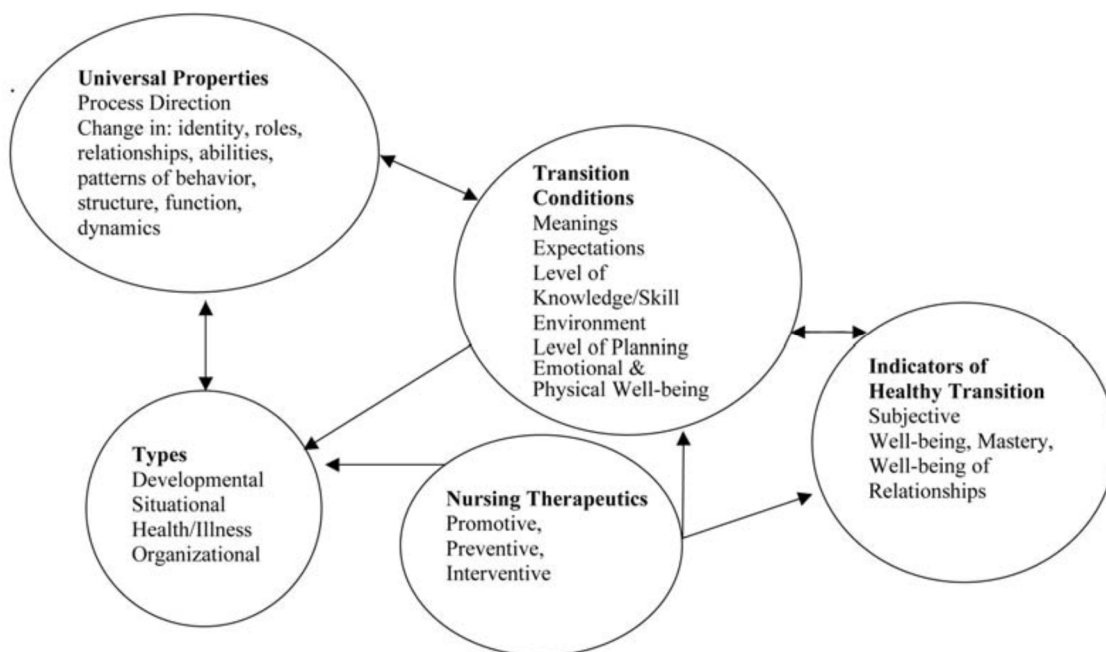


Figura 2.1. Modelo de enfermagem de transições.  
Fonte: MELEIS (2010, p. 47)

Meleis observou que as transições não saudáveis, ou não eficazes, acontecem quando os indivíduos não estão adequadamente preparados para a experiência de transição passando por problemas a que chamou de desempenho de papel insuficiente (*role insufficiency*). Quando assim é, as intervenções de enfermagem tomam o lugar de desempenho de papel suplementar (*role supplementation*).

Com este quadro em mente, somos levados a pensar que as crianças com perturbações disruptivas do comportamento apresentam um desempenho de papel insuficiente encontrando-se, portanto, em sofrimento e desajustadas.

Assim, perante um desempenho de papel insuficiente (*role insufficiency*) é necessária a intervenção terapêutica que Meleis designa, como já vimos, por desempenho de papel suplementar (*role supplementation*). Esta poderá ser realizada, por exemplo, através da realização de grupos terapêuticos (MELEIS, 2010). O desempenho de papel de modelo (*role modeling*) por parte do profissional, o treino do novo papel (*role rehearsal*) por parte da pessoa e interações com o grupo de referência são estratégias usadas para aumentar a clarificação do papel (*role clarification*) e o desempenho desse mesmo papel (*role taking*). A comunicação e as interações sociais são processos que facilitam a implementação dessas estratégias e aumentam a realização e domínio sobre as componentes do papel suplementar (clarificação de papel e o desempenho de um determinado papel). O treino do novo papel (*role rehearsal*) é uma prática em que o indivíduo fantasia, imagina e treina ou ensaia uma experiência que possa ocorrer num determinado papel. No desempenho de papel (*role taking*) é necessário imaginar a posição ou o ponto de vista do outro. É necessária a capacidade de empatia do ego para conseguir colocar-se no papel do outro.

Neste projeto, a criança está a passar por uma transição de doença (perturbação emocional e do comportamento) que se pretende se transforme em bem-estar, e ainda a transição da infância para adolescência.

Meleis (2010) sugere que podemos recorrer ao uso coerente de diversas teorias (psicanálise, ecológica, resolução de problemas, ...) como guia orientador na análise das transições e no desenvolvimento de intervenções terapêuticas que facilitem as transições que os indivíduos estão a atravessar.

### **2.3. Modelos compreensivos do fenómeno do comportamento disruptivo**

Abordaremos agora duas das principais teorias/modelos referenciados na bibliografia que oferecem um modo explicativo-compreensivo do comportamento humano.

#### **Modelo Psicodinâmico**

Para compreender o comportamento humano, Sigmund Freud (1920) e posteriores seguidores apoiaram-se na **teoria das pulsões**, na **teoria do conflito**, na **teoria do aparelho psíquico**, nas **várias fases do desenvolvimento psicosssexual**, e nos **vários mecanismos de defesa**.

### **Teoria das pulsões**

Freud formulou a teoria dual das pulsões: as **pulsões de vida**, que abrange a sexual e a de autoconservação, e a **pulsão de morte** ou agressiva. As **pulsões sexuais ou líbido**, que correspondem ao desejo e à procura de prazer, estão relacionadas com o bem-estar, felicidade e gozo; as **pulsões de autoconservação ou pulsões do Ego**, que correspondem aos instintos que levam a pessoa à satisfação das suas necessidades vitais (alimentar-se, proteger-se, reproduzir-se); e a **pulsão de morte**, que representa a agressividade e a destruição (BRACONNIER, 2007). As pulsões são entendidas como um impulso energético de estimulação mental que motiva a pessoa para um objetivo (alcançar sempre a satisfação), e em que o **objeto da pulsão** é a coisa ou pessoa usado como meio para conseguir a satisfação (BRACONNIER, 2007).

O **princípio do prazer** “(...) caracteriza-se pela expulsão e redução das tensões psíquicas pela procura do prazer da descarga pulsional associada à compulsão de repetição das experiências (...)” (MARCELLI, 2005, p. 45). O livre escoamento da energia psíquica, pela expressão imediata das pulsões, são os processos primários do inconsciente (MARCELLI, 2005). Por outro lado o **princípio da realidade** considera “(...) as limitações, as interdições, as temporizações necessárias (...)” de forma a que “(...) a descarga pulsional não tenha um cariz destruidor para o sujeito (...)”(MARCELLI, p. 45, 2005). Os processos secundários, caracterizados pelo conhecimento e investimento no tempo, têm como objetivo encontrar os meios adequados para obter novas satisfações, em que a energia está ligada e a satisfação pode ser adiada (MARCELLI, 2005).

### **Teoria do conflito**

Uma outra noção importante é a de **conflito**. Freud defende a teoria do conflito como fonte e complexidade da vida psíquica. A conflitualidade desenvolve-se a todos os níveis da vida psíquica. Existe conflito quando há oposição de exigências internas contrárias, ou inconciliáveis. Não é possível a sua completa erradicação, pois o conflito é sustentado

pelas relações do desejo inconsciente com a sua interdição, a sua transgressão, assim como das suas relações com a agressividade (considerada a causa ou consequência do conflito) (MIJOLLA, 2002). O conflito pode ser manifesto ou latente, surgindo os sintomas, as perturbações do comportamento e as perturbações da personalidade (MIJOLLA, 2002). O conflito acontece entre as duas pulsões em oposição (pulsão de vida versus pulsão de morte); ou o conflito das tensões entre desejo e defesa, desejo e interdição, amor e ódio.

Existe também o conflito de oposição entre o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, separados pela censura. A oposição é sustentada pelo conflito entre o princípio do prazer/desprazer e o princípio da realidade, que procura assegurar a sua superioridade sobre o primeiro. As duas forças em conflito são, portanto, a pressão das pulsões sexuais e uma instância recalcante, o Ego, com aspirações éticas e estéticas da personalidade. As pulsões nunca se conciliando entre si, terminam num conflito de interesses. É referida, ainda, a conflitualidade entre as instâncias Ego, Superego e Id, e também os conflitos interiores de cada uma destas instâncias, evidenciada pela ação das capacidades de ligação ou de desligação de cada uma (MIJOLLA, 2002).

### **Teoria do aparelho psíquico**

Freud introduziu dois importantes modelos para explicar como os pensamentos inconscientes e conscientes interagem com a realidade: o **modelo topográfico** e o **modelo estrutural** da mente (MERYDITH, 2007).

O modelo topográfico da mente distingue três áreas: consciente, pré-consciente e inconsciente. **O consciente** é governado pelos processos secundários do pensamento (sistemas cognitivos e perceções) e interage com a realidade. **O inconsciente** é regulado pelos processos primários do pensamento, ou seja, os desejos e impulsos provenientes da necessidade de libertar pulsões. **O pré-consciente** é composto pelos pensamentos capazes de se tornarem conscientes através da memória (MERYDITH, 2007).

O modelo estrutural divide a mente em Id, Ego e Superego. O **Id** é uma estrutura primária, inata e instintiva. Diz respeito às operações que trazem gratificação das necessidades básicas (procura do prazer), relacionadas com pressões inconscientes que derivam das pulsões sexuais e agressivas. Os processos primários da mente estão

determinados a libertar tensões das pulsões independentemente do mundo externo (MERYDITH, 2007). O **Ego** é uma estrutura que surge a partir do Id, sendo a organização coerente dos processos mentais que permite a adaptação à realidade (MERYDITH, 2007). O **Superego** é a última estrutura a ser formada, cerca dos 5 anos de idade. É desenvolvido pelo contacto com os pais/figuras de autoridade, construindo-se assim a noção de bem e de mal. É portanto o grupo das funções mentais com qualidades inibitórias e repressoras do Id, relacionando-se com o Ego no sentido de desenvolver uma consciência que, emocionalmente, é sentida pelo Ego como culpa (MERYDITH, 2007).

### **Desenvolvimento psicosexual**

A pulsão sexual (lívido) tem fases progressivas de desenvolvimento em que ocorre um padrão de acumulação e libertação da tensão, que vai desde a infância até à idade adulta. Assim o desenvolvimento psicosexual é constituído pelas seguintes fases: a **fase oral**, do nascimento aos 12 meses, em que o prazer é conseguido pela redução da tensão que ocorre através da boca quando a criança suga a mama da mãe produzindo satisfação, deste modo sugar é associado a prazer; a **fase anal**, dos 2 aos 4 anos, a criança retira prazer na eliminação da urina e fezes, estimulando a membrana mucosa do reto, e experimenta prazer devido à associação com a libertação da pulsão; a **fase fálica**, dos 4 aos 6 anos, o principal prazer resulta da descoberta dos genitais pela sua manipulação, tomando consciência da diferença de sexos, a libertação da tensão pulsional pode ser ativa ou passiva; a **fase de latência**, dos 6 aos 11 anos, há uma redução da lívido devido à prévia consolidação adquirida das funções das pulsões; e, por último a **fase genital**, dos 11 aos 20 anos, onde todo o prazer sexual está incluído na estimulação dos genitais para as relações sexuais e sexualidade adulta (MERYDITH, 2007).

O **Complexo de Édipo** ocorre na fase fálica (5 a 6 anos) quando o rapaz descobre o seu pénis e tem o desejo inconsciente de possessão da mãe (objeto de pulsão sexual). O rapaz vai então socorrer-se dos seus impulsos libidinais e agressivos para conquistar a mãe; perante essa impossibilidade procura então obter o seu amor e estima (MARCELLI, 2005). Nesta altura, o pai é visto como objeto de rivalidade ou ameaça e também como objeto a imitar (MARCELLI, 2005). O complexo de Édipo é, assim, um conflito intrapsíquico em que o Superego desaprova e inibe esses desejos (MERYDITH, 2007).

## Mecanismos de defesa

Os mecanismos de defesa são todas as técnicas a que o Ego recorre em situações de conflito. Dito de outra forma, os mecanismos de defesa servem para o Ego se proteger de exigências pulsionais em situações de perigo, e também de tudo o que suscita angústia, ou seja, tudo o que pode ser exigido pelos “*três senhores do Ego – Id, Superego e Realidade*” (MIJOLLA, 2002, p. 221). Algumas destas técnicas são mais adaptativas do que outras, conduzindo a uma reação normal, a uma neurose ou a uma psicose (BRACONNIER, 2007). Passando a descrever alguns dos mecanismos de defesa temos: a **clivagem** – é a ação de divisão do Ego sob a influência angustiante de uma ameaça, dando resposta à necessidade de controlar essa angústia mediante duas reações simultâneas e opostas; a **negação** – é a recusa em aceitar a existência de uma situação real ou dos sentimentos associados com a mesma; a **projeção** – é uma operação de exteriorização de pensamentos, afetos e desejos que se desconhece ou recusa e que se atribui aos outros; a **introjeção** – é a integração das crenças e valores de outro indivíduo na estrutura do próprio ego; a **formação reativa** – é evitar expressar pensamentos ou comportamentos inaceitáveis ou indesejáveis, mas exagerar pensamentos ou tipos de comportamentos opostos, manifestando-se com atitudes rígidas, moralistas e punitivas; a **regressão** – recuo para um nível inferior de desenvolvimento e para medidas de conforto associadas a esse nível de funcionamento; a **repressão** – bloqueio involuntário de sentimentos e experiências desagradáveis da própria consciência.

Com o fim de facilitar a compreensão, no apêndice A encontra-se um quadro construído a partir de BRACONNIER (2007) e TOWNSEND (2011), onde estão identificados os vários mecanismos de defesa do Ego e um exemplo ilustrativo.

## Teoria da Vinculação

A teoria da vinculação foi inicialmente desenvolvida por Bowlby em 1969, psicanalista britânico, com o seu trabalho sobre a interação cuidador–criança, e que deu origem a mais investigação sobre as variações nas relações de vinculação.

Bowlby (1979) e Ainsworth (1989) definiram **vinculação** como uma ligação afetiva especial que é persistente, envolve uma pessoa específica, é emocionalmente

significativa, produz o desejo de manter a proximidade e resulta em angústia aquando da separação involuntária (EDWARDS, 2002, p. 390).

É ainda de natureza biológica, inata, de modo que o bebé nasce com uma expectativa para a relação (BOWLBY, 1989).

Segundo esta teoria, com o objetivo de promover a proximidade com a figura de vinculação são evidenciados **comportamentos de vinculação** do bebé quer de sinalização (sorrir, palrar, chorar), quer de aproximação (gatinhar, agarrar, chuchar). Estes comportamentos vinculativos têm, para Bowlby, uma função biológica de sobrevivência e proteção, face aos quais o adulto tende a responder como seja dar colo, tocar, sorrir, embalar (GUEDENEY & GUEDENEY, 2004).

A **figura de vinculação** é alguém para quem a criança dirige o comportamento de vinculação, esta figura vai além da figura da mãe. A figura de vinculação é a pessoa que tem uma “(...) *interação social viva e durável com o bebé e que responde facilmente aos seus sinais e às suas aproximações (...)*” (GUEDENEY & GUEDENEY, 2004). É de perceber que existem várias figuras de vinculação, no entanto o bebé tem uma tendência inata de vincular-se em especial a uma figura, que será a figura de vinculação privilegiada.

A **relação de vinculação** vai sendo construída de forma progressiva, na medida em que a criança dirige os seus comportamentos de vinculação à figura de vinculação em busca de sustento, de conforto, de apoio e de proteção; simultaneamente, surge a angústia perante uma pessoa estranha e o protesto em caso de separação (GUEDENEY & GUEDENEY, 2004). Nesta perspetiva, Ainsworth (1989), referenciada por GUEDENEY & GUEDENEY, (2004), definiu quatro características das relações de vinculação, que são: a procura de proximidade, a noção de base segura (permite a exploração mais livre na presença da figura de vinculação), a noção de comportamento de refúgio (retornar à figura de vinculação quando na presença de uma ameaça) e as reações perante a separação involuntária.

### **Tipos de vinculação**

Ainsworth e sua equipa (1978) desenvolveram uma classificação de vinculação, que engloba três tipos: **segura, insegura evitante e insegura ambivalente ou resistente;**

mais tarde um quarto tipo, **desorganizado/desorientado** foi adicionado por Main e Solomon (BOWLBY, 1989)

No tipo de **vinculação segura** a criança está confiante de que a figura de vinculação está disponível, oferece resposta e ajuda em caso de uma situação adversa ou de ameaça. Esta segurança fornece à criança a confiança necessária para explorar o ambiente. É nos primeiros anos que se desenvolve esta segurança, através da disponibilidade e sensibilidade da mãe (ou outra figura principal de vinculação) aos sinais da criança e proporciona respostas amáveis sempre que esta procura proteção e conforto (BOWLBY, 1989). Assim a experiência repetida de uma interação responsiva às necessidades do bebé reforça a vinculação da criança à figura cuidadora resultando numa experiência de segurança afetiva para a criança. Para além desta segurança afetiva, a vinculação segura ajuda o bebé a regular os seus afetos, de modo a que numa situação desagradável, o bebé procura a sua figura de vinculação para ficar mais tranquilo.

Contudo, se a responsividade da figura cuidadora às necessidades e expectativas do bebé for desadequada poderão surgir perturbações nos laços precoces.

Na vinculação **ambivalente ou resistente** a criança revela incerteza quanto à disponibilidade e à possibilidade de receber resposta ou mesmo ajuda por parte dos pais, se assim o necessitar. Perante esta incerteza a criança reage com ansiedade de separação, desejando ficar sempre agarrada e a ficar ansiosa quanto à exploração do ambiente. Neste caso o conflito é evidente, acontecendo porque os pais mostram-se disponíveis e prestativos em algumas ocasiões, mas não noutras, chegando a haver separações e ameaças de abandonar a criança como forma de controlar o seu comportamento (BOWLBY, 1989).

Na vinculação **insegura evitante** a criança não tem confiança de que quando procurar cuidado terá resposta e ajuda, ou seja a sua expectativa é ser rejeitada. Em casos de grau elevado, o indivíduo procura viver sem o amor e a ajuda de outros, tentando tornar-se emocionalmente auto-suficiente, podendo mais tarde vir a desenvolver uma

personalidade narcisista<sup>2</sup>. O conflito está mais escondido e é resultado de constantes rejeições por parte da mãe, sempre que procurava proteção e conforto (BOWLBY, 1989).

Na vinculação do tipo **desorganizado/desorientado** “(...) *uma criança parecia estar tonta, outra parecia ter congelado de tão imóvel, uma terceira engajou-se em alguma estereotipia, uma quarta criança começou um movimento e o interrompeu inúmeras vezes (...)*” (BOWLBY, 1989, p. 122). Para Main e colaboradores citados por BOWLBY (1989) as crianças manifestam uma versão desorganizada de um dos três tipos anteriores. Este tipo de vinculação surge nas crianças que foram vítimas de abuso físico ou negligenciadas pelos pais (Crittenden, 1985, citado por BOWLBY, 1989); também ocorre nas díades em que a mãe sofre de doença psíquica severa, como uma esquizofrenia, e trata o filho de forma desadequada e imprevisível (Yarrow et al, 1985 citados por BOWLBY, 1989).

A teoria da vinculação permite a compreensão da importância das relações precoces (figura de vinculação e bebê), e as repercussões no que respeita ao autoconceito da criança, bem como às diferentes relações que irá estabelecer ao longo da vida.

Por exemplo, Rubin e colaboradores (1991), citados por MILJKOVITCH (2004), apontam para uma relação entre a vinculação evitante e as perturbações disruptivas do comportamento. A criança evitante reprime os sentimentos de rejeição e de frustração que as figuras de vinculação suscitam nela, e tem a tendência de exprimir a cólera que sente de forma deslocada. Neste sentido, não consegue gerir os seus estados emocionais através de estratégias representativas, recorrendo à ação e à passagem ao ato.

Por outro lado, as crianças ambivalentes por se sentirem inseguras, no intuito de não perder a figura de vinculação, manifestam de modo exacerbado o receio, o medo da exploração do meio e do desconhecido. Tendem portanto a ser hipersensíveis ao meio, detetando tudo o que possa ter efeito de os inquietar ou assustar (Main, 1991, citado por MILJKOVITCH, 2004). Ao se focarem nos aspetos negativos e alarmantes do meio, estão predispostas a desenvolver perturbações como a depressão ou as perturbações ansiosas (MILJKOVITCH, 2004).

---

<sup>2</sup> O conceito de narcisismo foi introduzido por Freud (1911-1914) e trata-se do “*amor que o sujeito experimenta por si próprio*”, existindo “*um delírio de grandeza, (...), em que o investimento libidinal é direcionado para o Ego, (...), e subtraído aos objetos e à realidade (...)*” (BRACONNIER, 2007, p. 43)

A vinculação desorganizada tem implicações tanto nos problemas externalizantes quanto internalizantes (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999 citados por MILJKOVITCH, 2004). Estas crianças apresentam atitudes hostis e agressivas em relação aos outros, e algumas apresentam ainda comportamentos sociais atípicos, intrusivos e controladores (Jacobvitz & Hazen, 1999 citados por MILJKOVITCH, 2004).

## **2.4. Teoria psicodramática dos papéis**

A teoria psicodramática dos papéis de Moreno (1923) interessa-nos particularmente por suportar o tipo de intervenção terapêutica (sociodrama) utilizada com o grupo de crianças durante o estágio no hospital de dia.

Para Moreno “(...) o papel é a unidade cultural de conduta (...)” (PIO ABREU, 2006, p. 53). Moreno refere que “(...) antes e imediatamente após o nascimento, o bebé vive num universo indiferenciado , (...) a ‘matriz da identidade’. (...) Os papéis são os embriões, os percursos do eu, e esforçam-se por se agrupar e unificar (...)” (MORENO, 1975, p. 25). Os papéis fisiológicos ou psicossomáticos são aqueles quando o indivíduo come, dorme ou exerce atividade sexual; os papéis psicológicos ou psicodramáticos, “os de fantasmas, fadas e papéis alucinados” (*idem*, p. 25); e por fim, os papéis sociais são os de pai, polícia, médico, etc. Os primeiros papéis a surgir são os fisiológicos ou psicossomáticos, depois com o desenvolvimento, os papéis psicodramáticos começam a reunir-se e originam o eu psicodramático; tal também acontece com os papéis sociais, para se formar o eu social.

*“(...) Entretanto, a teoria do papel é útil para tornar tangível e operacional um misterioso conceito do eu. Foi observado que há frequentes desequilíbrios no agrupamento de papéis, dentro da área dos papéis psicossomáticos ou dos papéis sociais e entre estas áreas. Esses desequilíbrios geram um atraso no surgimento de um eu real e como tal experimentado, ou intensificam os distúrbios do eu (...)”*  
(MORENO, 1975, p. 26)

Um papel pode estar: muito pouco desenvolvido, normalmente desenvolvido ou hiperdesenvolvido; quase ou totalmente ausente numa pessoa (indiferença); subvertido numa função hostil (MORENO, 1975). Segundo esta teoria torna-se necessário treinar o papel e depois assumir o papel. “(...) O tempo de formação da personalidade é tanto mais

*prolongado quanto maior a quantidade e diversidade de papéis (...)*” (PIO ABREU, 2006, p. 54). Os papéis psicodramáticos são os que existem na cultura social estando nas histórias e brincadeiras infantis, nas sugestões familiares, na literatura, no cinema, na criação artística, fazendo parte do imaginário. Estão sempre a ser treinados quer no jogo lúdico quer nas fantasias (PIO ABREU, 2006). Estes treinos de papel contribuem para a formação da personalidade. É importante perceber que quando os papéis psicodramáticos estão ocultos, podem no entanto ser assumidos quando em contacto com um papel complementar. Segundo esta teoria, são os papéis culturalmente oferecidos que constituem o caminho para formar e desenvolver a personalidade (PIO ABREU, 2006). Os papéis têm um conjunto de regras que cada pessoa precisa de interiorizar para executar determinada atividade, assim como a existência de um papel complementar fora da pessoa com quem esta estabelece um vínculo (PIO ABREU, 2006).

*“(...) as técnicas psicodramáticas de desempenho de papéis como a inversão de papéis, a identificação de papel, o duplo desempenho, e o desempenho de espelho, contribuem para o crescimento mental da pessoa. (...) a função do papel é penetrar no inconsciente, desde o mundo social, para dar-lhe forma e ordem (...)”* (MORENO, 1975, p. 28).

Focando-nos no sociodrama, sabemos que é uma forma especial de psicodrama que projeta o seu foco sobre os denominadores coletivos e não nas diferenças individuais, portanto é uma psicoterapia de grupo em que o verdadeiro sujeito é o grupo (CUKIER, 2002), em que os elementos tentam moldar os seus comportamentos para resolver conflitos interpessoais (PIO ABREU, 2006). O método psicodramático usa vários instrumentos – o palco, o sujeito, o diretor, os egos auxiliares e o público; a espontaneidade e a criatividade. Esta terapia permite assumir, inibir ou recriar papéis psicodramáticos; é ao assumir esses papéis que pode haver uma mudança interior, tornando-se então terapêutico (PIO ABREU, 2006)

Os terapeutas de sociodrama organizam sessões que tentam conduzir ao máximo de realização, expressão e análise, permitindo assim a reconstrução. É portanto uma técnica de intervenção que operacionaliza o que é preconizado como intervenção por Meleis na teoria das transições.

### 3. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este projeto foi pensado com a finalidade de facilitar os processos de transição saúde/doença num grupo de crianças com perturbações disruptivas do comportamento.

Para isso foram traçados objetivos, bem como estratégias para os alcançar.

**Objetivo 1:** Desenvolver intervenção em grupo de sociodrama com crianças que apresentam perturbação disruptiva do comportamento.

Estratégias:

- Participar como co-terapeuta no grupo de sociodrama.
- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções com grupos terapêuticos.
- Observar o desenvolvimento de atividades do grupo terapêutico, aprender com os peritos.
- Participar em reuniões de supervisão.

**Objetivo 2:** Avaliar o impacto da intervenção no comportamento das crianças.

Estratégia:

- Aplicar o SDQ, versão de autopreenchimento, na fase inicial do sociodrama e após quatro meses de sessões semanais.

**Objetivo 3:** Adquirir competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Estratégias:

- Realização de estágio em dois contextos distintos (internamento e ambulatório)
- Compreender as razões que poderão estar na origem do comportamento disruptivo.
- Pesquisa bibliográfica: consultar artigos científicos (PBE).

#### **4. PLANO DE TRABALHO**

Uma vez que a problemática em estudo é a criança com perturbações disruptivas do comportamento, e tendo em conta os objetivos anteriormente traçados, foi planeado com o orientador do projeto de estágio a realização de estágio numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria, de Outubro a Dezembro de 2011, e num Hospital de Dia da Infância com um grupo de crianças em intervenção de sociodrama, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, ambos na área de Lisboa. Nos dois contextos o grupo alvo seriam crianças dos 11 aos 14 anos (fase inicial da adolescência) com a mesma problemática, as perturbações disruptivas do comportamento.

##### **Na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria**

Durante a fase de planificação foi realizada uma reunião com o orientador de estágio na Unidade de Internamento para tomar conhecimento do seu espaço físico e das atividades que se desenvolvem com as crianças que apresentam esta problemática. Foi observado o quarto de confinamento (ou quarto dos colchões) existente nesta unidade, onde a equipa pode estar com a criança/jovem que apresenta perturbações disruptivas do comportamento. A experiência de uma “guerra” com as almofadas e os colchões que o enfermeiro orientador nos exemplificou permitiu, nessa altura, ter uma noção da intervenção aí desenvolvida. Quando as crianças estão com necessidade de exteriorizar angústias e conflitos de forma aguda, porque não lhes é possível pensar e falar sobre o assunto que as perturba, este é um recurso/técnica que a equipa do internamento utiliza para que seja permitido à criança a saída e libertação de tensões e conflitos internos. Depois há que promover a capacidade de elaborar o conflito a nível cognitivo e emocional, ou seja, dar um significado ao conflito. Isto acontece por meio da relação terapêutica com a criança.

Na Unidade de Internamento a metodologia a ser desenvolvida seria baseada nas seguintes atividades e processos de trabalho:

1. Estabelecer relação terapêutica com a criança/família – apresentação pessoal da enfermeira, com uma postura calma e afetuosa, firme nas regras e limites, permitindo a expressão de sentimentos, receios e necessidades não satisfeitas. Todos estes processos permitem, apesar da limitação do tempo disponibilizado (dois turnos por semana), estabelecer a relação de confiança possível no desenrolar do turno, para que a

criança se sinta segura e permita, de alguma forma, o seu desenvolvimento no sentido de se conhecer melhor e de se controlar emocional e afetivamente.

2. Observar os comportamentos e atitudes das crianças – utilização de grelha de observação de atitudes e comportamentos como guia na observação de vários aspetos importantes nesta problemática como sejam a regulação emocional, o tipo de pensamento que controla o comportamento, o controlo inibitório, a autoeficácia, o relacionamento com os adultos e pares, e as estratégias de coping utilizadas perante situações de stresse. Esta observação iria contribuir para a avaliação inicial do processo de enfermagem, que depois levaria aos passos seguintes. Estas observações seriam comunicadas aos outros membros da equipa, para manter a continuidade dos cuidados e a observação nas mudanças de comportamento.

3. Identificar diagnósticos de enfermagem e resultados desejados – esta etapa permitiria saber onde estávamos e para onde queríamos ir. Iria ajudar-nos a decidir quais as intervenções a implementar. Os diagnósticos de enfermagem seriam segundo a CIPE® 2, para isso utilizaríamos a versão *online* disponibilizada pela Ordem dos Enfermeiros. Posteriormente os resultados seriam definidos recorrendo à classificação (anglo-saxónica) dos resultados de enfermagem conhecida pela sigla NOC.

4. Implementar as intervenções de enfermagem – deveríamos ter em conta o desenvolvimento da criança, a sua cultura, a sua colaboração, para se atingir os resultados desejados. As intervenções seriam descritas segundo a linguagem da classificação (também anglo-saxónica) das intervenções de enfermagem conhecida pela sigla NIC.

5. Reavaliar – depois de implementadas as intervenções haveria que ser avaliado o resultado e se necessário continuar com o plano anterior ou implementar novas intervenções.

### **Hospital de Dia**

No Hospital de Dia, previa-se a participação como coterapeuta num grupo de crianças, onde se utilizaria o sociodrama como técnica de intervenção principal. O objetivo desta intervenção seria o desempenho de papéis no grupo, permitindo a ação dos conflitos internos, a catarse das emoções e a passagem ao pensamento simbólico desses

conflitos. Com a ajuda do mesmo orientador ficou decidido a utilização do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ). Com este questionário pretende-se apurar as capacidades e as dificuldades das crianças que iríamos acompanhar fazendo esta avaliação no início e no final da intervenção, de modo a monitorizar o impacto da mesma no comportamento das crianças. O SDQ é um questionário breve de triagem comportamental que questiona sobre 25 atributos, alguns positivos e outros negativos, desenvolvido por Goodman em 1997 (MURIS et al, 2004). Os 25 itens estão divididos em cinco escalas com cinco itens cada, fornecendo cotações para problemas de conduta, hiperatividade/défice de atenção, sintomas emocionais, dificuldades com os pares e comportamento pró-social. Cada item tem três opções de resposta: “não é verdade”, “é um pouco verdade”, “é muito verdade”. A cotação é feita da seguinte forma: “não é verdade” vale 0; “é um pouco verdade” vale 1; “é muito verdade” vale 2, mas é preciso ter em atenção que a cotação é invertida em cinco itens. Isto significa que nesses itens a resposta “não é verdade” vale 2 e a resposta “é muito verdade” vale 0. A pontuação total das dificuldades é obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com exceção da escala pró-social, podendo variar entre 0 e 40 valores (MURIS et al, 2004). Para fazer a interpretação dos resultados estão definidos intervalos de pontuação em que 80% das crianças estão dentro de valores normais, 10% estão em valores limítrofes e 10% em valores anormais.

O questionário avalia também o impacto que os sintomas têm no sofrimento global da criança/adolescente e o quanto interferem na sua vida familiar, escolar e social. O questionário tem a versão para pais e a versão para professores de crianças e adolescentes com idades entre os 4 e os 16 anos, e existe também a versão para autopreenchimento dirigida a adolescentes dos 11 aos 16 anos (GOODMAN, MELTZER, & BAILEY, 2003). Este questionário, nas suas várias versões, já foi testado e validado para a população portuguesa por Alexandra Simões e por Maria Filomena Gaspar (MARZOCCHI et al, 2004) através de vários estudos que evidenciaram a fiabilidade e a validade do instrumento; a utilidade deste questionário foi confirmada pelos que trabalham nas escolas e necessitam de avaliar as crianças com um método breve e preciso. O questionário é de fácil acesso, encontrando-se acessível *on-line* em <http://www.sdqinfo.org/py/doc/b0.py>.

No entanto, estamos cientes de que o questionário por si só não seria determinante e cada criança deveria ser olhada com diferentes medidas.

Em relação à intervenção de sociodrama, esta é uma psicoterapia de grupo. VINOGRADOV & YALOM (1992) referem que a psicoterapia de grupo possibilita “(...) a *participação colaborativa do indivíduo com outros e a obtenção de satisfações interpessoais no contexto de relacionamentos realistas e mutuamente gratificantes (...)*” (p. 13) e que os membros do grupo aprendem a “(...) *lidar com suas simpatias, antipatias, similaridades, diferenças, inveja, timidez, agressão, medo, atração e competitividade (...)*” (p. 13), pela observação do grupo em que os membros dão e recebem *feedback* acerca dos comportamentos no grupo, e em que tudo se desenvolve com cuidadosa liderança do terapeuta.

A seleção das crianças para o grupo seria realizada pela equipa multidisciplinar, antes do início do estágio, pelo que não teríamos participação nessa fase de preparação do grupo.

**Determinação do *setting* e número de participantes** – a escolha do local disponível para as sessões foi facilitada pois já existia o local destinado ao funcionamento do grupo; assim como o material necessário e a sua disposição no espaço (cadeiras em círculo, almofadas, um tapete grande e outros materiais como cobertores, lençóis, etc.); em relação ao número de participantes este não deveria ser superior a sete ou oito elementos, assim previa-se um grupo entre seis a sete crianças.

**Enquadramento do tempo para o grupo** – a duração das sessões seria de 90 minutos uma vez por semana e à partida seria um grupo fechado.

**Decisão sobre a necessidade de um coterapeuta** – o grupo funciona com dois enfermeiros terapeutas, ambos do género masculino, com formação em sociodrama pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama, trabalhando em coterapia, onde se complementam e apoiam um ao outro. A possibilidade de fazer parte desta equipa de enfermeiros terapeutas, também no papel de coterapeuta, no nosso caso como elemento feminino, permitirá a formação de um trio de terapeutas misto. Existem vantagens na presença de terapeutas dos dois géneros, pois permite a representação da diferença dos

gêneros e do papel de pai/terapeuta e mãe/terapeuta que se pode transmitir às crianças (NABAIS & GUERREIRO, 2005,)

**Combinação da terapia de grupo com outros tratamentos** – a psicoterapia das crianças acompanhadas no grupo de sociodrama seria combinada com consultas clínicas com o psiquiatra e a prescrição de medicação; previa-se ainda a realização de um grupo de apoio para os pais com uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e com formação em terapia familiar. Enquanto as crianças estavam no seu grupo, decorreria também o grupo de pais. Outra intervenção adjuvante seria a comunicação com a escola/professores dessas crianças, para de alguma forma apoiar a sua inclusão na escola e apoiar a ação desses professores, assim como receber o seu *feedback* da situação na escola.

A planificação das sessões de sociodrama foi abordada com o enfermeiro orientador do estágio, tendo em conta as fases de desenvolvimento dos grupos terapêuticos.

**Fase inicial ou de orientação** – previa-se que teria a duração de quatro ou cinco sessões, e pretendia-se que os terapeutas promovessem as apresentações iniciais, orientando as crianças para os objetivos, encorajassem a sua participação e promovessem um ambiente de confiança e de pertença ao grupo. Previa-se o início do grupo para a primeira ou segunda semana de outubro.

**Fase Intermédia ou de trabalho** – previa-se que acontecesse a partir da quarta ou quintas sessões e durasse até ao início de maio. Esta seria a fase em que estaria estabelecida a coesão do grupo e se realizaria o trabalho produtivo, ou seja, trabalhar-se-iam as questões individuais como sendo do grupo.

**Fase final ou término** - seriam as últimas sessões do grupo, que aconteceriam durante o mês de maio, em que seria trabalhada a despedida do grupo, podendo ser evidenciado um sentimento de perda e tristeza. O terapeuta deverá encorajar as crianças a recordar o que aconteceu dentro do grupo, a rever os objetivos e a discutir os resultados alcançados.

A dinâmica das sessões seria dividida em três partes distintas: **Momento inicial** – seria de aquecimento e poderá ser verbal ou com movimento. **Momento central** – em que se desenvolveria uma atividade ou proposta das crianças, ou algo que surgirá do

aquecimento. **Momento final** – pretender-se-ia partilhar o que aconteceu, o que foi vivido e dar-lhe significado.

Como dizia João dos Santos,

*“(...) não se trata só de descobrir o que a criança tem dentro de si para dar mas também de aumentar a sua capacidade de descobrir o que se passa nela própria, ao nível da fantasia, das emoções e dos sentimentos (insight) (...) o terapeuta (...) deve ser capaz de simpatia e de empatia; de se oferecer como modelo ou o espelho que reflete os sentimentos e emoções comunicados pela criança ...” (SANTOS, 1976, p.6)*

## 5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS

Tendo em conta os objetivos traçados para este projeto, iremos agora descrever as atividades realizadas em cada um dos contextos do estágio.

### 5.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

Para aquisição de conhecimento e referenciais para a intervenção com os participantes neste *setting*, foi decidido proceder à pesquisa nas bases de dados científicas de artigos que tratavam da temática em estudo. De seguida foi feita a leitura e interpretação dos artigos daí retirando as principais conclusões sobre a regulação emocional e dos comportamentos.

Com base nos artigos consultados da autora DELANEY (2006), foi possível construir uma grelha de observação dos comportamentos da criança, que é composta por seis subescalas: regulação emocional, compreensão social, autoeficácia, regulação dos impulsos/controlo inibitório, relacionamento com técnicos e pares, *coping* e resposta ao stresse. Cada item tem três opções para avaliar a frequência do comportamento: poucas vezes, algumas vezes, e muitas vezes. Para além dos itens a observar, apresentam-se algumas sugestões de intervenção. No entanto importa referir que o objetivo da utilização desta grelha foi para nos ajudar a guiar a nossa atenção para os aspetos a ter em conta na avaliação do comportamento das crianças e assim planear a intervenção mais adequada.

Tendo em conta os itens desta grelha, foi feita a observação das crianças com perturbações do comportamento durante dois ou três turnos e depois feito o preenchimento da mesma. No Apêndice B encontra-se uma grelha preenchida da observação de uma das crianças que passaram pela unidade de internamento durante este período de tempo, e que apresentavam perturbação disruptiva do comportamento.

Com base na observação e interação com as crianças/pais foram identificados diagnósticos de enfermagem, definidos os resultados esperados e delineadas intervenções de enfermagem. Quanto às intervenções, foram planeadas e implementadas em conjunto com a restante equipa de colegas que estava em cada turno.

## **5.2. Hospital de Dia**

Procurou-se cumprir a planificação anteriormente apresentada; no entanto, não foi possível iniciar o grupo de sociodrama na data prevista devido a razões que se prendem com mudanças organizacionais dos serviços. Assim, o grupo só teve o seu início em novembro.

### **Sessões de sociodrama**

Como já referimos anteriormente, as sessões têm como objetivos o desempenho de papéis no grupo, permitindo a ação dos conflitos internos, a catarse das emoções e a passagem ao pensamento simbólico desses conflitos.

As sessões aconteceram semanalmente, às terças-feiras das 14:30 às 16:00, exceto nos feriados e interrupções escolares. Até final de fevereiro, participámos em catorze sessões de sociodrama. O grupo começou com seis crianças, uma rapariga e cinco rapazes. Numa primeira abordagem favorecemos o desenvolvimento de uma relação terapêutica com as crianças, pela aceitação incondicional, simpatia, interesses comuns, estimulação da confiança e atitude não-crítica. Apoiados na teoria da vinculação, pretendemos criar um vínculo terapêutico, que transmitisse segurança às crianças participantes.

Na interação com as crianças foi necessário, de acordo com Moreno, adotar uma atitude espontânea e terapêutica, num clima de aceitação dos seus comportamentos e atitudes. Os comportamentos e sentimentos oscilaram entre oposição passiva, provocação, agressividade física e/ou verbal, conflitos, angústias, medos, tristezas, rivalidades, fraca adesão às dinâmicas e jogos, entre outras. Perante estas situações, houve momentos em que foi necessário conter fisicamente pelo contacto corpo a corpo, ajudar à reelaboração e reparação emocional dos conflitos ou estimular a expressão das emoções.

Mas houve também situações de empatia, sintonia de afetos, movimentos de reparação, alianças relacionais, boa adesão às dinâmicas e prazer no lúdico.

## **Articulação com professores**

Participámos numa reunião (fevereiro) com professores realizada na escola de um dos jovens, e estabelecemos contacto telefónico (janeiro) com a professora de outro jovem. Estas atividades permitiram receber *feedback* sobre o comportamento e atitudes destes jovens no ambiente escolar e dar também algum feedback aos professores sobre o evoluir do trabalho terapêutico no grupo de sociodrama.

## **Aplicação do questionário SDQ**

Aplicámos o questionário SDQ em dois momentos – na fase inicial e na fase final da nossa intervenção no grupo. As crianças foram convidadas a participar no preenchimento do questionário, tendo-lhes sido explicado que seria sobre como as coisas lhes têm corrido nos últimos tempos. Na primeira fase, das seis crianças, quatro preencheram o questionário, e duas não aderiram. Na segunda aplicação do SDQ também participaram quatro crianças, apesar de não serem os mesmos pois houve alterações no grupo, desistiram três iniciais e entrou um novo elemento. A cotação dos questionários foi feita *on-line* e emitido um relatório individual para cada um dos participantes. Os resultados foram discutidos entre os terapeutas.

Não fizemos o tratamento estatístico dos resultados por se tratar de um número muito reduzido de participantes. No entanto, no próximo capítulo, os dados obtidos serão apresentados sob a forma de gráficos.

## 6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as atividades e interações desenvolvidas no estágio contribuíram para atingir os diferentes objetivos propostos, nomeadamente a aquisição de competências de enfermeiro especialista, ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional que tinha sido projetado. Com a revisão bibliográfica realizada, foi alcançado o aumento e/ou o aprofundar de conhecimentos sobre os conceitos estudados por vários autores e que influenciam o comportamento humano.

Em relação às crianças, pretendíamos facilitar as suas transições na situação de saúde/doença, quer no internamento quer no grupo de sociodrama. Passaremos agora à discussão dos resultados em cada contexto do estágio, articulando com as competências que se pretendiam desenvolver.

### 6.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

As nossas observações e interações com as crianças/família contribuíram para a manutenção de um ambiente terapêutico.

A competência do enfermeiro especialista especialmente mobilizada foi a **F3.4** *“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”*

Foram desenvolvidos planos de cuidados individualizados para cada criança, tendo-se optado por usar o método de registo em formato APIA (TOWNSEND, 2011). Este método contempla as seguintes secções: a **apreciação** (A), onde são anotados os dados subjetivos e objetivos; o **problema** (P) é uma lista de diagnósticos de enfermagem que são levantados e o resultado esperado para a resolução desse problema; a **intervenção** (I), onde são anotadas as intervenções e atividades realizadas para a resolução do problema; e a **avaliação** (A), em que se registam as respostas da criança após as intervenções para verificar a eficácia das mesmas e a presença ou ausência de progresso na resolução do problema. Embora esta não fosse a prática de registos no local de estágio, houve a necessidade de sistematizar a intervenção de modo a consolidar a aprendizagem e dar resposta aos objetivos enquanto enfermeira especialista nomeadamente o levantamento de diagnósticos de enfermagem e intervenção. No apêndice C apresentamos o plano de cuidados realizado durante um turno, onde constam

os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados, as intervenções desenvolvidas e a reavaliação. Por uma questão de proteção da privacidade das crianças e família, deliberadamente estão por preencher os espaços que identificariam a criança.

Para além desta competência, de modo a contribuir para o desenvolvimento da **competência F2.2** “*Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família*”, realizámos entrevistas com a mãe de uma criança onde foram colhidos os dados referentes à história de vida da criança e que permitiu enquadrar as perturbações do comportamento manifestadas pela mesma.

As crianças chegavam ao internamento e apresentavam um desempenho de papel insuficiente (*role insufficiency*) (MELEIS, 2010), manifestado através dos seguintes sintomas: ansiedade, depressão, apatia, frustrações, dor/tristeza/pesar, impotência, infelicidade e/ou agressão e hostilidade. Qualquer uma destas manifestações interrompeu a manutenção ou a progressão em direção à saúde, bem-estar, e à adaptação confortável para a transição de papel (MELEIS, 2010) enquanto criança, filho, aluno, colega.

Meleis enumera três indicadores de transições bem-sucedidas e que são o bem-estar emocional subjetivo, o desempenho do papel de mestria (*role mastery*) e o bem-estar nos relacionamentos. Verificámos que as intervenções realizadas, em conjunto com a equipa multidisciplinar, contribuíram para o desenvolvimento de um processo de mudança nas crianças e família no sentido do desempenho de papel mais adequado ou ajustado.

## **6.2. Hospital de Dia**

Durante o funcionamento do grupo de sociodrama ocorreram mudanças na sua composição. Saíram três crianças (uma em novembro, duas em janeiro) e entrou uma outra (em janeiro). Portanto o grupo passou de fechado a semifechado, permitindo a entrada de novos elementos durante a fase de trabalho do grupo. O comentário que podemos tecer a estas ocorrências é que se tratava de um grupo com características muito especiais. Eram crianças com problemas muito graves ao nível do seu funcionamento emocional e social. É nas várias teorias e modelos explicativos da psicopatologia ou das perturbações emocionais e comportamentais que encontramos fundamentação para compreendermos o funcionamento tão problemático destas crianças.

Podemos perceber que as famílias destas crianças apresentam dificuldades acrescidas ao nível da comunicação dentro do sistema e na sua estrutura; são por isso crianças que na maioria têm problemas de vinculação, o que tem influência no modo de se relacionarem e desempenharem os seus papéis na família, na escola, e ao longo da vida.

Participar nas sessões de sociodrama durante quatro meses foi uma experiência muito enriquecedora, quer do ponto de vista pessoal quer profissional. Esta experiência teve um impacto que gerou mudança e permitiu desenvolver a **competência F1.1** de “*tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais e psicoeducativas*” (DR nº35 p. 8670). Particularmente, foi possível tomar consciência dos nossos próprios movimentos interiores de angústia, frustração e conflito, perante situações tão difíceis como as vividas no grupo.

Com a participação como co terapeuta iniciou-se o processo de desenvolvimento da **competência F4.2**: “*Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação*” (DR nº35 p. 8673). Apesar de as mudanças ocorrerem lentamente, o objetivo de desenvolver processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente, terá sido de alguma forma alcançado, pois houve mudanças nas crianças. Com o sociodrama criou-se um espaço alternativo, onde são possíveis modos de expressão do agir utilizando jogos ou histórias para representar papéis reais ou imaginários em que erros de desempenho não são punidos, como seria na vida real, promovendo-se deste modo a expansão do Eu (MARTINS, RIBEIRO, & SOUSA, 2008). Também foram desenvolvidas técnicas de socialização, o comportamento imitativo, a catarse, a coesão do grupo e aprendizagem interpessoal (VINOGRADOV & YALOM, 1992), como as mais importantes a referir. De acordo com Meleis, permitiu-se a realização do treino do novo papel (*role rehearsal*) em que a criança fantasia, imagina e treina ou ensaia uma experiência que possa ocorrer num determinado papel. Ao desempenhar o papel (*role taking*) é necessário imaginar a posição ou o ponto de vista do outro. Assim procurámos melhorar a capacidade de empatia do ego para que a criança se conseguisse colocar no papel do outro.

No Apêndice D apresenta-se o registo de uma sessão. É importante lembrar que a intervenção desenvolvida no grupo de sociodrama foi em estreita dependência dos dois enfermeiros terapeutas com quem foi vivenciado o papel de coterapeuta. Antes ou após algumas das sessões foi realizada reunião de supervisão em que eram discutidas as técnicas a empregar, ou a explicação dos mecanismos de defesa adotados pelas crianças.

Outro resultado obtido está relacionado com a **competência F3.2**: *“Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”* (DR nº35 p. 8671). A utilização do questionário SDQ foi o meio utilizado para desenvolver esta competência. Segundo MURIS (2004) é considerado uma boa opção para medir sintomas psicopatológicos em crianças e adolescentes, de entre os vários possíveis instrumentos a utilizar nesta problemática.

Este objetivo ficou aquém das expectativas pois só se conseguiram resultados de evolução em duas crianças. De qualquer modo, foi uma experiência que proporcionou a utilização desse instrumento como um indicador de saúde mental.

Como já referido anteriormente, aquando da descrição do SDQ, as opções de resultado das cotações para avaliação diagnóstica são três: normal, limítrofe e anormal.

Os resultados do SDQ realizado em novembro têm os parâmetros identificados com o algarismo 1 (primeira avaliação); e os resultados do SDQ realizado em fevereiro têm os parâmetros identificados com o algarismo 2 (segunda avaliação). No Apêndice E encontram-se um questionário preenchido e a respetiva cotação com relatório.

Passando agora aos resultados da sua aplicação, a Figura 6.1 apresenta o resultado diagnóstico da primeira avaliação realizada a quatro crianças e revela que em relação ao total de dificuldades, três estavam com valores limítrofes e um estava com valores anormais. Em relação aos resultados nas várias escalas verificou-se o seguinte: uma criança revelou SE anormal; duas crianças, PC anormal, e uma criança PC limítrofe; duas crianças HDA anormal; três crianças PCol limítrofe. Em relação ao CPS, uma criança está no diagnóstico limítrofe.

Segundo os autores, em grupos de risco valores limítrofes e anormais são considerados casos de perturbação (MURIS et al, 2004), o que é o caso destas crianças.

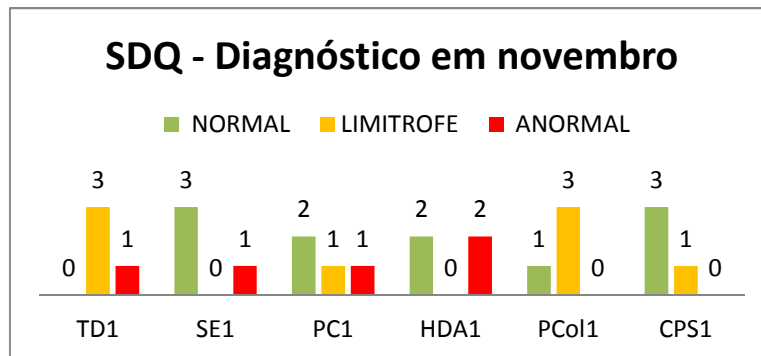


Figura 6.1 Diagnóstico do SDQ em novembro.

Não se pode comparar a avaliação realizada em novembro com a de fevereiro porque como já referimos, o grupo sofreu alterações na sua composição. No entanto, como se pode constatar pela comparação com a Figura 6.2, melhoraram os resultados da escala que avalia os problemas com colegas e da escala do comportamento pró-social, no entanto pioraram os resultados na escala dos problemas de comportamento e dos sintomas emocionais. No TD2, passou a haver uma criança com pontuação que revela um diagnóstico normal. Como o questionário foi de autoavaliação, e perante a gravidade dos sintomas que estas crianças ainda apresentavam em fevereiro, leva-nos a concluir que essa criança se autoavaliou de forma mais saudável do que aquela que na realidade podemos observar (comportamento disruptivo e absentismo escolar).

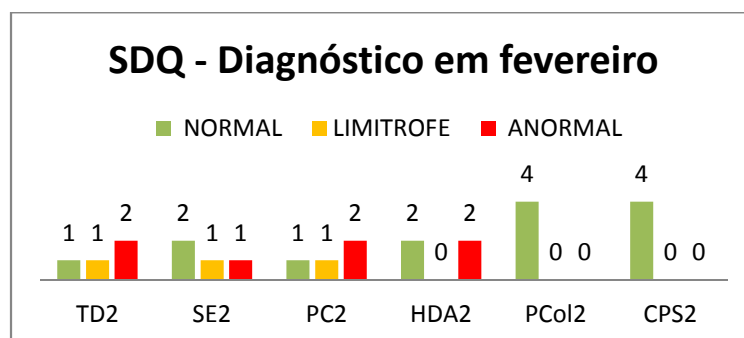


Figura 6.2. Diagnóstico do SDQ em fevereiro.

A Figura 6.3 mostra a evolução em termos de valores de cotação para cada escala de duas crianças que preencheram o questionário em ambas as datas.

O JG diminuiu de 27 para 25 valores no total das dificuldades; diminuiu de 8 para 6 valores nos sintomas emocionais, diminuiu de 4 para 3 valores nos problemas com os colegas e aumentou de 8 para 9 no comportamento pró-social, o que mostra uma evolução positiva. No entanto manteve o mesmo valor de 7 para os problemas de comportamento e piorou em relação à hiperatividade/défice de atenção ao passar de 8 para 9 valores. No entanto consideramos esta evolução muito positiva, pois no global pareceu-nos ser uma autoavaliação bastante realista. Na interação com esta criança notamos isso mesmo, e pensamos que, pelos valores das suas cotações, o JG revela mostrar estar consciente dos seus problemas e dificuldades.

Em relação ao PH, esta criança piorou o seu comportamento e os resultados assim o revelam. O PH aumentou de 17 para 19 valores no total das dificuldades; aumentou de 4 para 5 valores nos problemas de comportamento e aumentou de 2 para 3 valores nos problemas com os colegas, o que representa uma evolução negativa. Manteve o mesmo valor de 3 para os sintomas emocionais e de 8 valores para a hiperatividade/défice de atenção. No entanto aumentou de 5 para 7 valores no comportamento pró-social, o que mostra uma melhoria nas suas capacidades. O comentário que nos merece o resultado do SDQ do PH é que está em sintonia com a sua situação, pois o seu estado agravou-se em janeiro e que pensamos estar relacionado com o agravamento da situação familiar (conflitos, dívidas, ...).

Comparando as duas crianças, o JG parece estar com diagnóstico de situação mais grave devido às cotações mais elevadas. Mas o que nos parece é que, comparando com o PH, o JG revela ter mais *insight*. O PH ou está a negar as suas dificuldades ou não tem *insight* das mesmas, pois a sua cotação está pouco realista em termos de intensidade dos sintomas, avaliando-se como menos “doente” do que na realidade demonstra estar.

No que diz respeito ao impacto que qualquer das dificuldades possa ter na vida das seis crianças que responderam ao questionário, assinalamos as cotações na Figura 6.4. Mais uma vez, é o JG que revela aperceber-se do impacto que as suas dificuldades têm na sua vida. Neste item o PH também mostrou reconhecer que houve um agravamento do seu estado de novembro para fevereiro. De facto, esta criança voltou a sofrer de enurese diurna (um problema que já tinha sido ultrapassado), e piorou o seu comportamento também no grupo, ficando mais agitado e regredido.

Temos em conta que esta avaliação decorreu num curto espaço de tempo, pelo que mede parcialmente o trabalho desenvolvido. Existem, em simultâneo com a terapia, um conjunto de fatores que interferem na vida das crianças que é traduzido no seu comportamento. Reconhece-se que para além de o efeito destas intervenções não ser imediato, estas não respondem a todas as necessidades que vão surgindo e que são inerentes às vidas difíceis que muitas das crianças têm. Neste sentido, enquanto terapeutas temos que estar atentos aos sentimentos de desânimo, de frustração e de impotência que com facilidade podem surgir. Foi ainda feita uma aprendizagem: a de reconhecer e aceitar as nossas limitações enquanto terapeutas (e pessoas) e estarmos atentos às nossas fragilidades, defesas neuróticas, assim como aos processos de transferência e contratransferência.

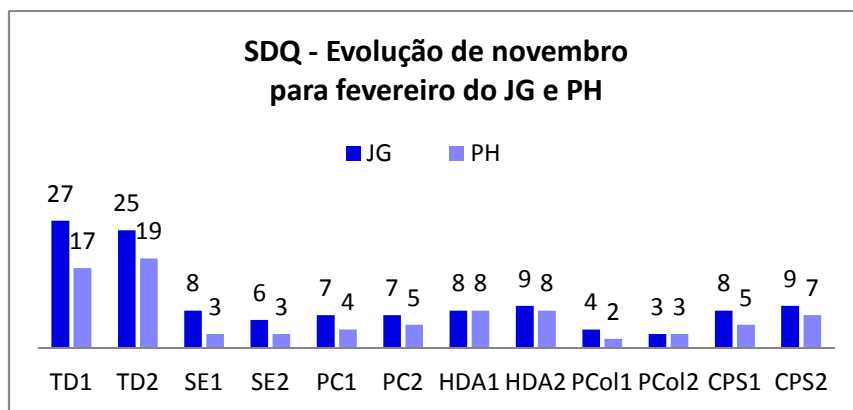


Figura 6.3. Evolução de duas crianças.

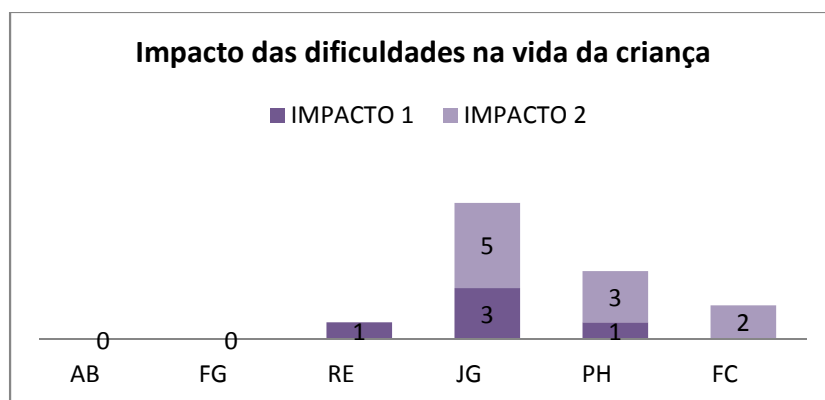


Figura 6.4. Impacto das dificuldades na vida da criança.

## 7. QUESTÕES ÉTICAS E QUESTÕES EMERGENTES

Os valores pessoais contribuem para a pessoa que cada um de nós é. Foi vivenciado um conflito moral e de valores durante as sessões em que se dramatizaram situações em que estavam presentes a linguagem obscena e ofensiva. Contudo, este conflito foi rapidamente ultrapassado, pois na relação terapêutica, desde que reconhecidos pelo terapeuta, o espaço dos valores pessoais estão delimitados, de modo a que exista uma aceitação do outro.

Foi promovido um ambiente de respeito pelos direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais da criança/família.

As informações pessoais foram mantidas confidenciais.

As crianças foram informadas sobre o instrumento SDQ e consentiram no seu preenchimento. Duas das crianças recusaram, o que foi de imediato respeitado.

Por último, e ainda por questões éticas, após a finalização do estágio em fevereiro foram continuadas as sessões em co-terapia, até final do ano letivo.

Com a intervenção em grupo podemos exercer alguns dos onze fatores terapêuticos, desenvolvidos por Yalom, e que são: instilação de esperança, universalidade, oferecer informação, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, catarse, coesão do grupo e aprendizagem interpessoal (VINOGRADOV & YALOM, 1992). Esta experiência de estágio despertou o desejo e interesse em desenvolver um grupo de crianças na comunidade em co terapia com o psicólogo da equipa da UCC. Será uma proposta realista a por em prática, mas para a sua realização haverá necessidade de supervisão clínica.

O trabalho desenvolvido mostrou a aplicabilidade prática do instrumento SDQ num contexto de acompanhamento clínico. Pensamos que a sua aplicabilidade, pela enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica que esteja inserida nas equipas das UCC, poderá ser uma prática de qualidade a implementar. As crianças com elevado risco de dificuldades poderão ser sinalizadas/encaminhadas para avaliação e eventual acompanhamento pelas equipas de psiquiatria da infância e adolescência.

Como MURIS et al (2004) afirmam, os questionários para medir os sintomas das perturbações disruptivas do comportamento e das perturbações emocionais, são importantes por três razões: primeiro podem ser usadas para detetar crianças/adolescentes que estão em risco elevado de desenvolver perturbações emocionais e de comportamento; segundo os terapeutas podem utilizar estas escalas para avaliação clínica inicial para ter uma ideia do tipo de gravidade do problema psiquiátrico; e em terceiro os questionários são uteis para quantificar os efeitos do tratamento.

## 8. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Sentimos dificuldades na utilização da grelha de observação dos comportamentos no contexto do internamento, nomeadamente decidir sobre a intensidade do comportamento. Pensamos que pode ser algo subjetivo, ou seja, para um utilizador a medida pode ser uma mas para outro pode ser diferente. Apesar desta limitação/dificuldade esta ferramenta permite orientar a observação, principalmente para quem não tenha prática de trabalho nesta área. Por outro lado, o registo escrito do plano de cuidado não está instituído e isso levantou algumas dificuldades. Também tivemos dificuldades na utilização da linguagem CIPE e em recorrer a outras classificações para a prática de enfermagem como sejam as anglo saxónicas NIC/NOC. Provavelmente porque não se torna prático a sua consulta e aplicação no formato de papel. Talvez se estivesse informatizado e parametrizado seria mais viável a sua utilização.

*“(...) Moreno realça que a tomada de papéis de indivíduos mais velhos fortalece a sensibilidade da criança para uma vida interior mais rica, tornando-a mais hábil nos relacionamentos interpessoais (...)”* (MARTINS, RIBEIRO, & SOUSA, 2008, p.39). Na dramatização, através da espontaneidade, a criança é confrontada com a sua capacidade criativa, desempenha novos papéis e experimenta novas vivências. Assim se promove o seu crescimento interior (MARTINS, RIBEIRO, & SOUSA, 2008).

Sentimos que houve limitações no desenvolvimento desta prática devido a alguns dos elementos do grupo não reunirem as condições mínimas para o funcionamento em grupo, criando conflitos que impossibilitavam o desenrolar das atividades; por outro lado, e as resistências dos vários elementos às atividades de dramatização foram frequentes.

Outra limitação foi a entrada e saída de crianças no grupo de sociodrama, bem como a sua redução até um número de três elementos.

Sabendo que os processos terapêuticos eficazes são aqueles que têm uma abordagem com múltiplas vertentes, como a desenvolvida no Hospital de Dia (com a família, com a escola, com a criança pela psicoterapia e a via farmacológica), foi com pesar que constatámos a não adesão à intervenção em grupo de algumas das crianças assim como dos seus pais/mães no grupo terapêutico de pais.

Desta experiência apurámos que numa próxima oportunidade o questionário SDQ que aqui foi aplicado às crianças, na versão de autopreenchimento, deverá ser aplicado aos pais e professores.

## 9. CONCLUSÃO

Para cuidar de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental na linha do agir, recorreremos a teorias e modelos que ajudam por um lado a compreender o seu comportamento e, por outro lado, a orientar para as intervenções mais eficazes, logo, mais indicadas. Assim para uma compreensão do desenvolvimento da personalidade e comportamento infantil consultamos o modelo psicodinâmico e a teoria da vinculação.

As intervenções socioterapêuticas na criança com perturbações disruptivas do comportamento estão apoiadas na teoria de transições de Meleis e na teoria psicodramática de papéis de Moreno.

Podemos concluir que, segundo Meleis, nestas crianças, há uma insuficiência de papel porque estão ausentes ou diminuídos o bem-estar emocional, o desempenho de papel de mestria e o bem-estar nos relacionamentos (que são os indicadores de transições bem sucedidas).

O sociodrama é uma psicoterapia de grupo em que o seu foco são os denominadores coletivos e não as diferenças individuais. São representados/dramatizados os vários papéis, no contexto do grupo, permitindo a vivência dos conflitos internos dos seus membros e permitindo a sua mentalização.

A oportunidade de pertencer a este grupo terapêutico, no papel de coterapeuta, foi uma experiência muito enriquecedora pelo impacto que teve no “eu pessoa” e no “eu enfermeira”. O sociodrama é descrito como uma intervenção eficaz, e foi essa a conclusão que podemos retirar da nossa experiência no grupo terapêutico que acompanhámos. Houve melhorias no comportamento pró-social, e as crianças sentiam-se bem em vir ao grupo, pois era um espaço onde se sentiam seguras e aceites, apesar dos seus comportamentos. Verificou-se a evolução e a diferença nas crianças entre as primeiras sessões e as sessões finais.

Efetuar a monitorização do comportamento das crianças do grupo terapêutico com recurso ao questionário SDQ foi uma importante aprendizagem. Contudo gostaríamos de ter tido a possibilidade de avaliar o impacto da intervenção socioterapêutica em mais crianças. O questionário revelou-se um instrumento útil para a monitorização dos

resultados da intervenção. Foi aplicado ao grupo alvo a versão de autopreenchimento, mas no futuro também deverão ser utilizadas as versões a pais e professores, para tornar a informação mais completa.

As crianças com perturbação disruptiva do comportamento representam um grande desafio para os seus cuidadores, na medida em que manifestam o seu sofrimento por comportamentos entendidos como desajustados, que por sua vez lhes geram um maior sofrimento, numa lógica de ciclo vicioso. Como profissionais contribuimos para um ajustamento que permita à criança desempenhar um papel de mestria, ou seja, promover os seus processos de transição saúde/doença. Estamos conscientes que mobilizámos todo o nosso empenho, dedicação e um grande esforço nesse sentido.

Ao terminar este projeto, e com a experiência adquirida, fica o desejo (ou o sonho) de reproduzir, na UCC onde desempenhamos funções, um grupo terapêutico para crianças com alterações do comportamento na linha do agir. No entanto, importa referir a necessidade do trabalho em equipa multidisciplinar para acompanhar estas crianças/famílias.

## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY, John (1989). **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas.

BRACONNIER, Alain (2007) **Manual de Psicopatologia**. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 978-972-796-280-8

CUKIER, Rosa (2002). **Palavras de Jacob Levy Moreno: vocabulário de citações do psicodrama, da psicoterapia de grupo, do sociodrama e da sociometria**. São Paulo: Ágora. ISBN 85-7183-803-8

DELANEY, Kathleen R. (2006) - Learning to Observe Relationships and Coping. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, Volume 19, Number 4, p. 194–202  
Acedido em: 04/06/2011, de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009350088&lang=pt-br&site=ehost-live>

EDWARDS, Martha E. (2002). Attachment, mastery, and interdependence: a model of parenting processes. **Family Process**, 41(3), 389-404. Acedido em: 09/10/2011, de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12395566&lang=pt-br&site=ehost-live>

GUEDENEY, Nicole & GUEDENEY, Antoine (2004). **Vinculação: Conceitos e Aplicações**. Lisboa: CLIMEPSI Editores ISBN 972-796-103-7

GOODMAN, Robert, MELTZER, H., & BAILEY, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. **International Review Of Psychiatry** (Abingdon, England), 15(1-2), 173-177 Acedido em: 29/09/2011, de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12745329&lang=pt-br&site=ehost-live>

LÓPEZ-SOLER, C., et al (2009). Prevalence and characteristics of externalizing symptoms in childhood. Gender differences. **Psicothema**, 21(3), 353-358. Acedido em: 01/12/2011, de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19622313&lang=pt-br&site=ehost-live>

MARCELLI, Daniel (2005). **Infância e psicopatologia**. Lisboa. CLIMEPSI Editores. ISBN 972-796-174-6

MARTINS, Cristina, RIBEIRO, Andreia, SOUSA, José Manuel Teixeira (2008). Promovendo a Espontaneidade: Uma Experiência de Intervenção Comunitária. **Toxicodependências**. Lisboa. ISSN 0874-4890 Vol. 14, nº 2. p. 37-44

MARZOCCHI GM et al (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 13 [Suppl 2] 40-46. Acedido em: 05/10/2011, de CINAHL PLUS with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009397321&lang=pt-br&site=ehost-live>

MELEIS, Afaf I. (2010) – **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9

MERYDITH, Scott P. (2007). Psychodynamic Approaches. In PROUT, H. Thompson & BROW, Douglas T. **Counseling and Psychoterapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings**. 4th ed. USA ISBN 978-0-471-77091-6. p. 94-130.

MIJOLLA, Alaiin & MIJOLA-MELLOR, Sophie (2002) **Psicanálise** Lisboa: CLIMEPSI Editores ISBN 972-8449-92-5

MILJKOVITCH, Raphaële (2004). Vinculação e Psicopatologia durante a Infância. In GUEDENEY, Nicole & GUEDENEY, Antoine. **Vinculação: Conceitos e Aplicações**. Lisboa: CLIMEPSI Editores ISBN 972-796-103-7

MORENO, Jacob (1975). **Psicodrama**. 10ª edição São Paulo: Cultrix ISBN 85-316-0321-8

MURIS, P. et al. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. **The British Journal Of Clinical Psychology/The British Psychological Society**, 43(Pt 4), 437-448. Acedido em: 09/10/2011, de MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15530213&lang=pt-br&site=ehost-live>

NABAIS, António & GUERREIRO, Edviges (2005) – A Intervenção Psicoterapêutica de Grupo com Crianças no Período de Latência. In: VIDIGAL, M<sup>a</sup> José et al – **Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar**. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN 972-99110-1-0. P. 215-236.

PIO ABREU, José L. (2006). **O Modelo do Psicodrama Moreniano**. 3<sup>a</sup> edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN972-796-223-8

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) – **Recomendações para a prática clínica** – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Regulamento n.º 129/2011 **Diário da República**, 2.<sup>a</sup> série. N.º 35. 18 de fevereiro de 2011 p. 8668-8673

SANTOS, João (1976) – **Pedagogia Terapêutica**. Acedido em: 07/01/2012. Disponível em: [http://www.casadapraia.org.pt/pedagogia/pedagogia\\_terapeutica.pdf](http://www.casadapraia.org.pt/pedagogia/pedagogia_terapeutica.pdf)

TOWNSEND, Mary C. (2011) – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**. 6<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5

VINOGRADOV, Sophia & YALOM, Irvin D. (1992). **Manual de Psicoterapia de Grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Mecanismos de defesa do Ego

Mecanismo de defesa	Exemplo
Anulação – ato de negar simbolicamente ou cancelar uma ação ou experiência anteriores que o próprio acha intoleráveis.	O homem que está nervoso devido ao seu novo trabalho e grita com a mulher. No caminho para casa compra-lhe flores.
Clivagem – é a ação de divisão do Ego sob a influência angustiante de uma ameaça, dando resposta à necessidade de controlar essa angústia mediante duas reações simultâneas e opostas.	Uma pessoa que face a uma situação stressante desencadeia alucinações auditivo-verbais.
Compensação – encobrir uma fraqueza enfatizando uma qualidade mais desejável.	Um rapaz que é o mais baixo do seu grupo de amigos, vê isto como uma deficiência compensa sendo demasiado agressivo e ousado.
Deslocamento – transferência de sentimentos de um alvo para outro que é considerado menos ameaçador ou neutro.	Um rapaz que é gozado e atingido no recreio pelo valentão da turma, vai para casa depois da escola e dá um pontapé no cão.
Formação reativa – evitar expressar pensamentos ou comportamentos inaceitáveis ou indesejáveis ao exagerar pensamentos ou tipos de comportamentos opostos; manifesta-se através de atitudes rígidas, moralistas e punitivas.	Uma mulher que fez um aborto e condena-se por isso. Reprova ativamente a prática e torna-se militante ativa em causas contra o aborto.
Identificação – tentativa de aumentar a autoestima adquirindo certos atributos e características de alguém admirado.	O adolescente que imita maneirismos e estilo de vestir de uma popular estrela de rock.
Intelectualização – tentativa de evitar expressar emoções com uma situação stressante utilizando o processo intelectual da lógica, raciocínio e análise.	Uma mulher cujo marido vai ser transferido para uma cidade longe dos pais dela, esconde a ansiedade explicando aos pais as vantagens associadas à mudança.
Introjeção – integração das crenças e valores de outro indivíduo na estrutura do próprio ego.	As crianças internalizam o sistema de valores dos pais durante o processo de formação da consciência. Uma criança diz ao amigo “Não faças batota, é errado”.

Isolamento – separação de um pensamento ou memória do sentimento ou emoções associadas com este.	Uma jovem mulher descreve um ataque e violação sem mostrar qualquer emoção.
Negação – recusa em aceitar a existência de uma situação real ou dos sentimentos associados com a mesma.	Uma mulher a quem é diagnosticado cancro da mama, não aceita o diagnóstico e procura outro médico para outra opinião.
Projeção – operação de exteriorização de pensamentos, afetos, e desejos que se desconhece ou recusa e que atribui aos outros, pessoas ou coisas do seu ambiente.	Uma jovem sente uma forte atração sexual pelo seu treinador e diz à amiga “Ele está a atirar-se a mim”.
Racionalização – tentativa de encontrar desculpas ou formular razões lógicas para justificar sentimentos ou comportamentos inaceitáveis.	Um homem diz à sua enfermeira de reabilitação “Bebo porque é a única maneira de lidar com o meu mau casamento e péssimo trabalho”.
Recalcamento – rejeição para o inconsciente de representações conflituosas ligadas à pulsão e que permanecem ativas mas inacessíveis à consciência. Os conteúdos recalcados podem surgir como atos falhados.	Numa reunião, o diretor cumprimenta a equipa e diz: “Concluídos os trabalhos ...” quando queria dizer “Vamos dar início aos trabalhos ...”
Regressão – recuo para um nível inferior de desenvolvimento e para medidas de conforto associadas a esse nível de funcionamento.	Uma criança de dois anos é internada com amigdalite e passa a beber pelo biberon, apesar de já beber pelo copo desde há seis meses.
Repressão – bloquear involuntário de sentimentos e experiências desagradáveis da própria consciência.	Uma vítima de acidente não se lembra de nada sobre o mesmo.
Sublimação – canalização de vontades ou impulsos socialmente inaceitáveis para atividades mais construtivas e aceites.	Uma criança que canaliza as suas energias e tensões praticando desportos.
Supressão – bloquear voluntário de sentimentos ou experiências desagradáveis da própria consciência.	“Não quero pensar nisso agora, penso nisso amanhã”.
Transformação no contrário – uma pulsão conflitual é substituída pela pulsão oposta; a identificação com o agressor é uma transformação da pulsão.	Sentir-se agredido e agredir também.

Fontes: Adaptado de BRACONNIER (2007) e TOWNSEND (2011)

## Apêndice B – Grelha para observação de comportamentos e atitudes

Comportamentos e atitudes:	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Intervenções necessárias
<b>1.Regulação Emocional - A criança consegue regular os afetos?</b>				
1 Tolera afetos negativos (tristeza, desapontamento e frustração)	1			Ensinar a criança a reconhecer o afeto como um sinal útil para refletir sobre uma situação e pensar com equilíbrio
2 Regula a intensidade da frustração não faz escalada para raiva intensa	1			
3 Capaz de experimentar e depois falar sobre um forte afeto negativo	1			
4 Procura mecanismos de se auto-acalmar quando chateado	1			
5 Assinala a necessidade de adultos, quando sobrecarregado		1		
6 Mostra empatia	1			
<b>2. Relação e relacionamentos: Défices e forças na compreensão social; Como lida com problemas sociais</b>				
7 Capacidade de ler corretamente expressões faciais	1			Ensinar os passos da resolução de problemas
8 Atende e responde apropriadamente a pistas sociais	1			
9 Compreende a sua intenção e dos outros em situações sociais	1			
10 Isola corretamente o problema específico em conflito social	1			
11 Gera soluções possíveis para situações-problema	1			
12 Apresenta uma boa justificativa para a resposta	1			
<b>3. Auto-eficácia:</b>				
13 Trabalha diligentemente para completar a tarefa		1		Proporcionar um ambiente onde os pacientes tentam habilidades e recebem feedback
14 Aceita o elogio dos adultos.		1		
15 Aceita as críticas e as reações sem reação indevida	1			
16 Retira prazer da conquista		1		
17 Expressa ideias (tanto negativas e positivas) sobre as vulnerabilidades, habilidades, pontos fortes		1		
<b>4. Grau de regulação dos impulsos / controlo inibitório:</b>				
18 Não se agarra aos brinquedos e outros artigos		1		Diário de avaliação que faz a ligação entre comportamento e situação-emoção-pensamento
19 Ouve a explicação do adulto das possíveis ramificações de uma situação		1		
20 Utiliza linguagem para negociar conflitos	1			
21 Contém a si próprio durante momentos de silêncio		1		
22 Responde a sinais para reduzir comportamentos inapropriados		1		
23 Detém regras generalizadas de situações		1		
<b>5. Relacionamento com os técnicos e grupo de pares</b>				
24 Segue ordens		1		Responder ao afeto da criança e ao conteúdo do que ele está a dizer; Estabelecer adequados limites adulto-criança
25 Mantém contacto visual ao interagir com adultos			1	
26 Procura conforto dos adultos quando incomodado		1		
27 Claramente faz as suas necessidades conhecidas		1		
28 Escuta a razão		1		
29 Aproxima-se dos pares para jogar			1	
30 Fala com os colegas quando a jogar jogos de mesa			1	
31 Mostra-se flexível e não é controlador com seus pares		1		
32 Resolve conflitos sem lutar			1	
33 Envolve-se em interações positivas com seus pares		1		
<b>6. Coping e resposta ao stress</b>				
34 Capacidade de retornar à tarefa após uma explosão emocional, incidente agressivo, ou outro evento perturbador	1			Ensinar associação entre o pensamento e o sentimento; ensinar resolução de problemas; técnicas de
35 Controla as emoções perante a percepção de evento stressante, por exemplo, visita do familiares			1	
36 Continua na tarefa e organizado, mesmo quando o ruído e o ritmo do meio está a aumentar			1	
37 Ocupa-se durante o tempo de silêncio na sala			1	
38 Identifica formas de lidar com o stress percebido		1		
39 Possui mecanismos para se auto-acalmar		1		
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	
Nome: D.B. Idade: 12 anos Data: 21/10/2011				
<p>Fonte: <b>Kathleen R. Delaney, RN, NP, DNSc</b>, <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Volume 19, Number 4, pp. 175-202, Novembro 2006</i>  <i>Following the Affect: Learning to Observe Emotional Regulation, Seguindo os Afetos: Aprender a Observar a Regulação Em</i>  <i>Learning to Observe Cognition, Mastery, and Control, Aprender a Observar Cognição, Domínio e Controle pp. 182-193</i>  <i>Learning to observe relationships and coping, Aprender a Observar Relacionamentos e Coping - pp. 194-202</i></p>				

## Apêndice C – Registo de um Plano de Cuidados

Notas de Progresso (APIA)	<b>Apreciação</b> <b>Problema (Diagnóstico de enfermagem, segundo a CIPE®2)</b> <b>Intervenção (NIC)</b> <b>Avaliação</b>	Resultado (NOC)
<p><b>A:</b> não aceita a crítica construtiva; baixa autoconfiança; verbaliza insucesso escolar; a resposta esperada dos pais nunca é positiva.</p> <p><b>P:</b> <b>Baixa autoestima.</b></p> <p><b>I:</b> <u>Fortalecer a autoestima</u> – encorajado a identificar pontos fortes; reforçados os pontos positivos pessoais identificados pela criança; encorajada maior responsabilidade por si mesmo; encorajado a avaliar o próprio comportamento; facilitado um ambiente e atividades que proporcionem a autoestima;</p> <p><b>A:</b> identificou pontos fortes (consigo ganhar muitos pontos no jogo dos pássaros; sei jogar à bola; consigo contar a lenda do S. Martinho, posso correr e falar com os meus colegas, ...); continuou com dificuldade em aceitar a crítica pela responsabilidade pelo seu comportamento; verbalizou “os meus pais gostam mais do meu irmão”. Desenvolveu atividades lúdicas e de autocuidado que tiveram reforço positivo o que o deixou mais confiante. Melhorou a autoestima passando da escala 2 para a escala 3.</p>		<p><i>Autoestima (julgamento pessoal de autovalor) - até à alta melhorar a escala de 2 para 4.</i></p> <p><i>1 Nunca positivo</i></p> <p><i>2 Raramente positivo</i></p> <p><i>3 Algumas vezes positivo</i></p> <p><i>4 Frequentemente positivo</i></p> <p><i>5 Completamente positivo</i></p>
<p><b>A:</b> intrusivo com as outras crianças/jovens, irritabilidade fácil, pouca crítica, alguma dificuldade em parar a provocação aos outros.</p> <p><b>P:</b> <b>Socialização Comprometida</b></p> <p><b>I:</b> <u>Melhoria da socialização</u> – encorajada melhoria no envolvimento com os outros; encorajado o respeito pelos outros; encorajado a participar nas atividades; possibilitou-se teste dos limites interpessoais; usado o desempenho de papéis para praticar habilidades e técnicas para melhorar a comunicação.</p> <p><b>A:</b> cooperou com os outros nas atividades; consegue adequar comportamento depois de se conversar sobre a situação. Melhorou a socialização passando da escala 2 para a escala 4.</p>		<p><i>Habilidades de interação social (comportamentos pessoais que promovem relações eficientes) – até à alta melhorar a escala de 2 para 4.</i></p> <p><i>1 Nunca demonstrado</i></p> <p><i>2 Raramente demonstrado</i></p> <p><i>3 Algumas vezes demonstrado</i></p> <p><i>4 Frequentemente demonstrado</i></p> <p><i>5 Consistentemente demonstrado</i></p>

<p><b>A:</b> apresenta comportamento impulsivo nas situações do dia-a-dia ao interagir com os pares</p> <p><b>P: Baixo-autocontrole</b></p> <p><b>I:</b> <u>Controlo do comportamento</u> – responsabilizado pelo seu comportamento; fixados limites com a criança; evitou-se discutir com a criança em relação aos limites fixados; rotinas estabelecidas; permitida a atividade física (quarto dos colchões, jogar à bola no espaço descobertas); redirecionada a atenção para longe da fonte de agitação; evitou-se a projeção de uma imagem ameaçadora; elogiadas tentativas de autocontrole; administrou-se medicação <i>prn</i>.</p> <p><u>Treinamento para controlo de impulsos</u> – ensinado a parar e pensar antes de agir impulsivamente; ajudou-se a criança a identificar possíveis ações e os seus custos/benefícios; ajudou-se a escolher a ação mais eficaz; ajudou-se a criança a avaliar o resultado da ação escolhida; oferecido reforço positivo no resultado bem-sucedido; proporcionou-se a oportunidade para a criança treinar a resolução de problemas dentro do ambiente terapêutico.</p> <p><b>A:</b> identificou sentimentos que levam a ações impulsivas (tenho ciúmes do meu irmão, não gosto do meu irmão, odeio o meu pai); não conseguiu identificar comportamentos que levam a ações impulsivas; identificou consequências de ações impulsivas (ficam chateados comigo, fico triste e zangado). Melhorou o controlo de impulsos passando de escala 2 para 3.</p>	<p><i>Autocontrolo de comportamento impulsivo (autocontrolo quanto a comportamentos compulsivos ou impulsivos) - até à alta melhorar a escala de 2 para 4.</i></p> <p><i>1 Nunca demonstrado</i></p> <p><i>2 Raramente demonstrado</i></p> <p><i>3 Algumas vezes demonstrado</i></p> <p><i>4 Frequentemente demonstrado</i></p> <p><i>5 Consistentemente demonstrado</i></p>
<p><b>A:</b> a família tem uma atitude de criticismo e desvaloriza as necessidades de afeto e apoio do R., tem ainda dificuldade em conter o seu comportamento e não compreende as suas dificuldades.</p> <p><b>P: Atitude da família dificultadora</b></p> <p><b>I:</b> <u>Mobilização familiar</u> – estabeleceu-se uma relação de confiança com os familiares; ouvir os membros da família; identificar os pontos fortes e os recursos da família, em cada membro e no seu sistema de apoio e comunidade.</p> <p><u>Orientação aos pais</u> – conversar sobre as relações entre pais e filhos; conversar sobre as formas como os pais podem auxiliar o filho a lidar com a raiva; conversar sobre os métodos que os pais podem utilizar para auxiliarem o filho a manifestar os sentimentos de forma positiva; fornecer aos pais uma variedade de estratégias para lidar com o comportamento do filho.</p> <p><b>A:</b> pais e avó vêm à visita de forma inconsistente; tentam regular o comportamento do R. (escala 3); recetivos às estratégias de apoio ao filho (escala 4); aceitaram as orientações e decidiram aplicar as sugestões oferecidas.</p>	<p><i>Funcionamento familiar (capacidade da família em atender às necessidades dos seus membros durante transições de desenvolvimento) - até à alta melhorar a escala de 2 para 3.</i></p> <p><i>1 Nunca demonstrado</i></p> <p><i>2 Raramente demonstrado</i></p> <p><i>3 Algumas vezes demonstrado</i></p> <p><i>4 Frequentemente demonstrado</i></p> <p><i>5 Consistentemente demonstrado</i></p>
<p><b>A:</b> revela que os outros não gostam dele e que os seus pais só gostam do irmão.</p>	<p><i>Autocontrolo do pensamento distorcido</i></p>

**P: Processo de pensamento distorcido**

**I: Reestruturação cognitiva** – ajudado a perceber que a forma como pensa resulta em emoções e comportamentos; ajudado a modificar pensamentos irracionais para torná-los racionais; ajudar a criança a verbalizar as emoções que está a experimentar, ajudado a perceber os stressores que contribuem para a sua situação; ajudado a identificar as suas próprias interpretações erradas acerca dos stressores percebidos.

**A:** teve dificuldade em fazer este exercício não conseguindo identificar os seus pensamentos e sistema de crenças sobre as situações stressantes. Manteve a escala 2.

*(autocontenção de ruturas da percepção, nos processos de pensamento, e no conteúdo das ideias) - até à alta melhorar a escala de 3 para*

*4.*

*1 Nunca demonstrado*

*2 Raramente demonstrado*

*3 Algumas vezes demonstrado*

*4 Frequentemente demonstrado*

*5 Consistentemente demonstrado*

## Apêndice D – Registo de uma sessão de sociodrama

PLANO DA SESSÃO Nº8		GRUPO 2ª INFÂNCIA
Local	Hospital de Dia	
DATA	10/01/2012	
TÉCNICOS DE SAÚDE	Enf. António Nabais, Enf. Ricardo Rodrigues, Enfª Marta Correia	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempenhar papéis no grupo</li> <li>• Expressar as emoções</li> <li>• Atuar os conflitos internos</li> <li>• Passar ao pensamento simbólico desses conflitos</li> </ul>	
MATERIAL	Recursos áudio, Bola de pilatos, almofadas	
ACTIVIDADE		FUNDAMENTAÇÃO
<b>AQUECIMENTO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer a dinâmica de grupo</li> <li>• Explorar a interação com o outro</li> <li>• Explorar como me sinto</li> <li>• Atribuir significado aos diferentes vividos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal</li> </ul>		
<b>DRAMATIZAÇÃO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar dos sentimentos e emoções</li> <li>• Como são os rapazes/as raparigas</li> </ul>		
<b>PARTILHA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilhar os vividos</li> <li>• Ritualizar a saída</li> </ul>		
Registo Individual		
<p><b>A.B.</b> - hoje a A.B. esteve mais agressiva no discurso e ofensiva com o P.H.. Não queria fazer teatro. Impaciente, olhou várias vezes para o relógio e manifestou o desejo da sessão terminar.</p>		
<p><b>F. G.</b> – no início provocador com o P.H., a disputar as bolas.</p>		
<p><b>J. G.</b> – chegou atrasado; cumprimentou os rapazes e os adultos com aperto de mão, às duas meninas disse olá. Esteve calmo e com autocontrolo.</p>		

**P.H.** – verbalizou que na escola lhe chamam nomes que ele não gosta e que isso o deixa muito irritado. A tia paterna também fala mal dele e isso deixa-o muito irritado.

**F. C.** – gosta de fazer teatro e trouxe essa proposta para o grupo. Verbalizou que tem inveja de algumas colegas; tem vergonha de um certo tipo de roupa, mas não conseguiu falar mais sobre isso, desejando manter segredo.

**P. M.** – saiu do grupo

**R. E.** – desistiu

### **Registo Grupo**

Antes de começar a sessão brincaram com a bola de pilatos. Sentámo-nos em círculo para começar a sessão: Eu, (pela minha esq.) A.B., Enf Ricardo, F.C., P.H., F:G., Enf António, J.G. (foi o último a chegar)

“O que é que aconteceu aqui?”

F. como é que te sentiste com o que agora aconteceu aqui?

Nada não senti nada, não aconteceu nada.”

Como é que os rapazes se cumprimentam, e as raparigas. Pai/filho, gays, lésbicas, há muitas bitchonas na minha escola.

Agressividade verbal entre a AB e o PH.

Proposta de fazer um teatro pela FC. AR não queria fazer teatro.

Aquecimento com vários exercícios: pares - espelho, ombro com ombro, rabo com rabo, cabeça com cabeça, mímica de sentimentos.

Dois grupos: rapazes de um lado, raparigas do outro – as raparigas vão pensar em como é que são os rapazes e os rapazes vão pensar em como é que são as raparigas.

No final dizemos o que pensamos sobre o outro género e ouvimos o que o outro género pensa sobre nós. Depois comentamos.

Grito Final – HOMENS/MULHERES

## Apêndice E – Questionário SDQ

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)		A 11-17		
<p>Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.</p>				
Nome <u>J</u> ..... <u>G</u> .....		Masculino/Feminino <u>X</u>		
Data de nascimento <u>14/05/1998</u> .....				
		Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penso nas coisas antes de as fazer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tens algum outro comentário ou preocupação? Descreve.				
<p><b>Por favor, vira a folha - há mais algumas questões no outro lado</b></p>				

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas:  
emoções, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

	Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

	Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura ..... *M. S. ...* .....

Data ..... *14/02/2012* .....

**Muito obrigado pela tua ajuda**

**Report on the Strengths and Difficulties Questionnaire (Tuesday 27-March-2012)****Specific Scores**

The scores are grouped into four bands so that in the general population roughly 80% of young people score 'close to average', 10% score 'slightly raised', 5% score 'high' and 5% score 'very high'. The exception is the scale for kind and helpful behaviour, with roughly 80% 'close to average', 10% 'slightly low', 5% 'low' and 5% 'very low'.

The young person's name: *J G*  
(for addition by hand)

Male, aged 13, born 14th May 1998

Parent Questionnaire - no information entered

Teacher Questionnaire - no information entered

**Self-Report Questionnaire, completed 14th February 2012**

Score for overall stress	25	<b>VERY HIGH</b>
Score for emotional distress	6	<b>HIGH</b>
Score for behavioural difficulties	7	<b>VERY HIGH</b>
Score for hyperactivity and attentional difficulties	9	<b>VERY HIGH</b>
Score for difficulties getting along with other young people	3	SLIGHTLY RAISED
Score for kind and helpful behaviour	9	Close to average
Score for the impact of any difficulties on the young person's life	5	<b>VERY HIGH</b>

**Diagnostic predictions**

The information provided by respondents is used to predict how likely a young person is to have emotional, behavioural or concentration problems severe enough to warrant a diagnosis according to the ICD-10 or DSM-IV classifications. For each diagnostic grouping, there are three possible predictions: 'low risk', 'medium risk' and 'high risk'. In general, these predictions agree fairly well with what an expert would say after a detailed assessment of the young person. Around 25-60% of young people who are rated as 'high risk' do turn out to have the relevant diagnosis according to experts. So do around 10-15% of 'medium risk' young people but only about 1-4% of 'low risk' young people.

**Diagnostic prediction**

Any diagnosis	- <b>HIGH RISK</b>
Emotional disorder (anxiety, depression etc.)	- <b>Medium risk</b>
Behavioural disorder	- <b>HIGH RISK</b>
Hyperactivity or concentration disorder	- <b>Medium risk</b>

**Caution**

If you think this report has missed the point, whether by exaggerating or underestimating the difficulties, you may be right. A brief questionnaire obviously isn't the same as an individual assessment by an expert. Perhaps both are needed.

[Return to Menu](#)

youthinmind