



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Contributo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão das Respostas (Des)Adaptativas das Crianças e Adolescentes

Sara Marisa Pópulo Gonçalves

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Contributo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão das Respostas (Des)Adaptativas das Crianças e Adolescentes

Sara Marisa Pópulo Gonçalves

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Orientador: Fernanda Paula Santos Leal

Setúbal, 2023

RESUMO

A saúde mental das crianças e adolescentes tem vindo a adquirir um interesse crescente no seio da comunidade, dada a suscetibilidade, nestes estádios do ciclo vital, a eventos ou ambientes adversos capazes de influenciar a sua saúde mental. Para além disso, é na adolescência que encontramos uma maior prevalência do aparecimento de perturbações mentais.

Ressalvamos o contributo do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica na abordagem a esta população. Através de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades especializadas, este intervém sobre dimensões relevantes do desenvolvimento, como a regulação emocional e a gestão de respostas (des)adaptativas.

Neste relatório pretendemos apresentar a metodologia de estudo de caso (de uma criança com diagnóstico clínico de mutismo seletivo) desenvolvida em estágio, integrada no processo de cuidados, expondo paralelamente o desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Mestre e ao título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: regulação emocional; respostas desadaptativas; mutismo seletivo; crianças e adolescentes; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

ABSTRACT

The mental health of young children and adolescents has been increasingly garnering attention within the community due to their vulnerability, during these stages of the life cycle, to adverse events or environments that can influence their mental health. Moreover, it is during adolescence that we find a higher prevalence of the onset of mental disorders.

It is important to acknowledge the significant role played by specialized nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing in addressing the needs of this population. Leveraging their specialized knowledge, skills and expertise, these nurses intervene to address crucial aspects of development, such as emotional regulation and the management of (mal)adaptive behaviors.

This report aims to present the case study methodology employed during an internship, focusing on a child diagnosed with selective mutism, and its integration into the overall care process. Simultaneously, it highlights the development of competencies associated with a Master's degree and the title of specialist nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: emotional regulation; maladaptive behaviors; selective mutism; children and adolescents; mental health and psychiatric nursing.

não se pode perceber tudo, porque senão não havia vida interior. O que faz o encanto da existência humana é que há um segundo sentido das palavras.

- João dos Santos

AGRADECIMENTOS

Às crianças do hospital de dia, que tornaram estes quatro meses possíveis, que me permitiram ver para além do óbvio, que me lembraram sobre o que é ser criança e que tanto me ensinaram sobre as suas vivências, sobre si mesmas, mas também sobre mim própria. Espero que continuem a sonhar mais alto que as nuvens.

À enfermeira Arlete, que acompanhou com uma enorme sensibilidade e compreensão todo o meu percurso de estágio, transmitindo-me valiosos conhecimentos, capacidades e habilidades; que me trouxe clarividência quando necessitava e me incentivou a *saber, fazer e ser* mais. É, sem dúvida alguma, um exemplo a seguir.

À Dra. Luísa e à Margarida, com quem tive oportunidade de trabalhar semanalmente em estreita colaboração, como coterapeuta. Guardo ensinamentos para a vida, essenciais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À professora Paula, que sem exigir demasiado, procurou sempre estar presente e que eu aproveitasse esta experiência ao máximo e com ela crescesse. A palavra *resiliência* ganhou outro significado consigo.

À minha família, por compreenderem todas as horas de ausência, pelas constantes palavras de incentivo e por toda a ajuda com as coisas banais da vida, que me permitiram sobreviver a este período conturbado.

Aos meus amigos, os verdadeiros, por estarem aqui em todos os momentos, sem cobranças nem expectativas; sempre prontos para qualquer desabafo nos momentos de maior desespero; com as palavras certas, que confortam a alma. Sem vocês, esta jornada não tinha o mesmo sabor.

À Joana, por tudo o que és, por tudo o que fazes por mim. Foram muitas as cedências, as mudanças nos horários, os desencontros, mas nunca me deixaste desistir. Acreditas em mim como ninguém e lembras-me todos os dias do meu valor. Este projeto não é só meu, mas teu também e que bom que é vê-lo chegar ao fim ao teu lado. Juntas conseguimos tudo.

Um *obrigada* não chega. Abraço-vos a todos com um carinho inigualável.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Dados Biográficos de Betty Neuman.....	116
Apêndice II – Dados Biográficos de Afaf Meleis.....	117
Apêndice III – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 10 de outubro de 2022.....	119
Apêndice IV – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 7 e 14 de novembro de 2022.....	121
Apêndice V – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 21 e 28 de novembro de 2022.....	122
Apêndice VI – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 02 de janeiro de 2023.....	124
Apêndice VII – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 16 de janeiro de 2023.....	125
Apêndice VIII – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 23 de janeiro de 2023.....	128
Apêndice IX – O Origami do Adeus	131

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Processo de cuidados	90
---------------------------------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições	15
Figura 2 - Modelo de Sistemas de Neuman.....	31
Figura 3 - Genograma.....	62
Figura 4 - Psicofigura de Mitchell.....	64
Figura 5 - Ecomapa.....	65
Figura 6 - Escrita da N.....	70
Figura 8 - Retrato de si própria.....	70
Figura 7 - Retrato da figura feminina	70
Figura 10 - Retrato da figura masculina	71
Figura 9 - Desenho do recreio na escola.....	71
Figura 11 - Desenho da bruxa e casa assombrada	72
Figura 12 - Desenho ilustrativo da discussão entre os familiares.....	72
Figura 13 - Desenho ilustrativo de um incidente com o avô da N.	126
Figura 14 - Origami Coelho G.M.	132
Figura 15 - Origami Gato. R.C.	132
Figura 16 - Origami Cão L.M.....	133
Figura 17 - Origami Garça G.S.	134
Figura 18 - Origami Borboleta N.O.....	135
Figura 19 - Conjunto dos origamis do grupo.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- C.E. – Consulta Externa
- Dra. – Doutora
- DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- HD – Hospital de Dia
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- i.e. – isto é
- ICD – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- IMAO – Inibidores da Monoamina Oxidase
- ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
- MS – Mutismo Seletivo
- MSN – Modelo de Sistemas de Neuman
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- p.e. – por exemplo
- PAS – Perturbação de Ansiedade Social
- PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
- PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- RCT – Ensaio Clínico Aleatorizado
- SCML – Santa Casa da Misericórdia
- sic – segundo informação colhida
- TCC – Terapia Cognitivo-comportamental
- TMA – Teoria de Médio Alcance
- TPC – Trabalhos-para-casa
- UCLA – Universidade da Califórnia, Los Angeles
- UCSF – Universidade da Califórnia, São Francisco
- WHO – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS	13
2.1.1. <i>Desenvolvimento e regulação emocional na infância e adolescência</i>	<i>18</i>
2.2. MODELO DOS SISTEMAS DE NEUMAN	27
3. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	34
3.1. RESPOSTAS (DES)ADAPTATIVAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	34
3.2. MUTISMO SELETIVO.....	38
4. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	54
4.1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	54
4.2. METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO.....	58
4.3. APRESENTANDO A N.	59
4.3.1. <i>Identificação</i>	<i>59</i>
4.3.2. <i>Antecedentes Pessoais</i>	<i>59</i>
4.3.3. <i>Antecedentes Familiares</i>	<i>62</i>
4.3.4. <i>Condições Socioeconómicas/Habitacionais.....</i>	<i>65</i>
4.3.5. <i>História de Doença Atual.....</i>	<i>66</i>
4.3.6. <i>Autorregulação.....</i>	<i>67</i>
4.3.7. <i>Exame Físico</i>	<i>68</i>
4.3.8. <i>Exame do Estado Mental/Observação da Criança</i>	<i>69</i>
4.4. INTERVINDO COM A N.	74
4.4.1. <i>Dinâmicas de Grupo.....</i>	<i>74</i>
4.4.2. <i>Abordagens Terapêuticas.....</i>	<i>79</i>
4.4.3. <i>Processo de Cuidados</i>	<i>88</i>
5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESMP.....	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
APÊNDICES	116

1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular *Relatório*, integrada no 2º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) em associação entre o Instituto Politécnico de Setúbal, a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Castelo Branco, cuja finalidade *major* é expor os resultados conseguidos no estágio final do referido curso, sustentando-os com evidência científica atual e pertinente.

A saúde mental é transversal a qualquer estágio do ciclo vital, podendo mesmo as circunstâncias ou eventos ocorridos antes da concepção e nascimento de uma pessoa influenciar a sua saúde mental. As gravidezes indesejadas ou aquelas que surgem na adolescência podem aumentar a probabilidade de comportamentos de risco durante a gravidez ou problemas de saúde mental durante a infância. À semelhança destes acontecimentos, uma fraca adaptação à gravidez pode ser considerada como risco potencial para a saúde da criança, tanto a nível mental quanto físico (Organização Mundial de Saúde [WHO], 2012).

Existe um forte núcleo de evidência que mostra o papel relevante que o apego dos neonatos às suas mães, ou a qualquer outro cuidador primário, assume no desenvolvimento social e emocional dos mesmos. Nesta fase, o bebé é sujeito a diferentes fatores de risco: a separação do seu cuidador primário; pais que têm dificuldades em criar laços, cujas capacidades são limitadas ou que demonstram atitudes negativas. Os maus-tratos e a negligência, a má nutrição e as doenças infecciosas ou parasitárias, constituem também importantes riscos no desenvolvimento físico e cognitivo durante a primeira e segunda infâncias (WHO, 2012).

A infância é preponderante no desenvolvimento de habilidades. Experiências negativas em contexto familiar ou escolar têm um efeito prejudicial no desenvolvimento de capacidades cognitivas e emocionais. Por outro lado, uma parentalidade apoiante, segurança em casa e um ambiente educacional positivo nas escolas assumem-se como elementos-chave na construção e proteção da saúde e do bem-estar mental. A saúde mental das crianças pode ser colocada em risco quando se verifica a existência de conflitos ou violência familiar, eventos de vida negativos e um reduzido sentimento de ligação à escola ou outro ambiente de aprendizagem. Num cenário mais agravado, a contínua exposição a estes fatores de risco pode desencadear um nível de trauma significativo com implicações ao longo de toda a vida (WHO, 2012).

As condições socioeconómicas em que as crianças crescem podem também ter um impacto nas escolhas e oportunidades durante a adolescência e vida adulta (por exemplo [p.e.]).

maior exposição a doenças relacionado com condições habitacionais precárias). Crianças com uma figura parental que sofra de uma perturbação mental apresentam alto risco de experienciar conflitos familiares e de, também elas, desenvolverem problemas a nível da saúde mental, até porque, como é sabido, a transferência intergeracional das perturbações mentais ocorre devido a fatores genéticos, mas também biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2012).

A adolescência representa também um crítico estágio do ciclo vital, durante o qual experiências, condições ou ambientes adversos afetam a saúde mental dos adolescentes, identificando-se este enquanto o período no qual o aparecimento ou manifestação de perturbações mentais é mais prevalente. Adicionalmente, existe um variado número de outros riscos significativos que assumem particular interesse nesta fase de vida, como o uso/abuso de tabaco, álcool e/ou substâncias psicoativas ou a pressão dos pares e dos *media* (WHO, 2012).

Tomando estes dados em consideração e dada a experiência prévia na prestação de cuidados a jovens adultos, adultos e idosos internados num serviço de internamento de saúde mental e psiquiátrica de curta duração, procurou abraçar-se um desafio que pudesse trazer novas experiências e aprendizagens. No sentido de dar resposta a esta ambição, o contexto do estágio final escolhido incorpora os cuidados na comunidade, com atendimento dirigido à população infantojuvenil, integrando-a nos diferentes contextos da vida diária.

Este relatório tem então como objetivo geral apresentar o percurso realizado no estágio. De forma a ser possível ilustrar este trabalho, definiram-se ainda os seguintes objetivos específicos: conhecer as necessidades das crianças e adolescentes no contexto de estágio (1); identificar respostas (des)adaptativas de crianças e adolescentes (2); explorar/planear cuidado de enfermagem especializado com diferentes abordagens terapêuticas face às respostas desadaptativas das crianças e adolescentes (3); refletir sobre a aquisição das competências do enfermeiro especialista em ESMP no contexto apresentado (4).

De acordo com a realidade do contexto de estágio e modalidade de intervenção, optou-se pela metodologia de estudo de caso, integrada no processo de cuidados, devidamente fundamentada. Nesse sentido, efetuou-se uma aprofundada revisão da literatura, tendo sido realizadas diferentes pesquisas em várias bases de dados (EBSCO, PubMed e Scielo), utilizando também o *Google Scholar* como motor de busca preferencial. Nestas cruzaram-se descritores (essencialmente em língua inglesa) com vista à criação de diferentes equações booleanas, entre elas, *emotional development & children; maladaptive behaviors & children; group dynamics & mental health; selective mutism/maladaptive behaviors & mental health nurse*. Identificou-se escassa evidência sobre o fenómeno em análise no âmbito da disciplina

de Enfermagem, motivo que impossibilitou a realização de uma revisão sistemática ou integrativa da literatura, recorrendo-se à evidência disponível a partir de outras áreas disciplinares.

Em termos de estrutura, este relatório contempla, após este capítulo inicial e até às considerações finais, quatro outros de grande importância. No capítulo subsequente, que diz respeito ao enquadramento teórico, apresentamos as teorias de Enfermagem mobilizadas com o objetivo de compreender os fenómenos que podem estar na génese de um desenvolvimento não saudável e reunir orientações para a intervenção de Enfermagem, relacionando-as com aspetos do próprio desenvolvimento, como a regulação emocional. No capítulo terceiro, enquadrámos a problemática em estudo; quer isto dizer que, encontramos as bases científicas fundamentais para compreender de que forma a (in)eficácia da regulação emocional pode conduzir ao progresso de problemas comportamentais e emocionais, com impactos funcionais importantes para as crianças e adolescentes, estreitando esta exposição para a análise de uma psicopatologia específica, trabalhada em contexto de estágio.

No capítulo quarto, é efetuada uma breve descrição do local de estágio, bem como dos elementos do grupo terapêutico com quem se trabalhou, e é dado espaço para a apresentação da metodologia de estudo de caso e subsequente explanação dos dados relevantes acerca da criança alvo de cuidados, mas também da modalidade terapêutica seguida pelo hospital de dia (HD) e das diferentes intervenções com elevado grau de eficácia face à problemática em estudo, que podem ser colocadas em prática. Segue-se a análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP, bem como das competências de Mestre.

Para concluir, redigimos as considerações finais, onde se pretende apresentar de forma sucinta as ideias essenciais deste relatório, mas também os principais ganhos conseguidos com o mesmo e respetivo estágio; apresentamos as referências bibliográficas utilizadas; e complementamos o projeto com alguns apêndices que trazem informação biográfica adicional acerca das teóricas de Enfermagem invocadas e espelham intervenções psicoterapêuticas individuais junto da criança alvo de cuidados, bem como uma reflexão e partilha sobre o trabalho com o grupo (e o impacto do mesmo nos autores) e o momento da despedida.

Gostaríamos de acrescentar que o presente documento se encontra redigido de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre, propostas pela *American Psychological Association* (APA), na sua 7ª edição.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentadas duas Teorias de Enfermagem que sustentam a apreciação, planeamento, intervenção e avaliação do enfermeiro especialista em ESMP, tendo sido necessário mobilizar ambas de forma a enriquecer a abordagem efetuada. Assim, debruçar-nos-emos sobre a Teoria das Transições de Afaf Meleis, justificada pelas significativas mudanças em diferentes contextos e que vem facilitar o enquadramento e compreensão do próprio desenvolvimento e estádios do ciclo vital; e, posteriormente, sobre o Modelo de Sistemas de Neuman (MSN) dada a multiplicidade de stressores passíveis de identificação.

São exploradas as fontes e influências teóricas para a génese e desenvolvimento da teoria, com subsequente apresentação dos pressupostos e definição de principais conceitos, que permitem compreender a teoria e a sua aplicação na prática de Enfermagem. Em apêndices encontram-se dados biográficos relativos a cada uma das teóricas (Apêndice I e Apêndice II).

2.1. Teoria das Transições de Meleis

Existem diversas fontes teóricas para a conceção e desenvolvimento da teoria das transições. Primeiro de tudo, a formação de Meleis em Enfermagem, Sociologia, interacionismo simbólico e teoria dos papéis organizacionais, mas também a sua própria educação. Associado a isto, encontramos os achados e experiência derivados de projetos de pesquisa, programas educacionais e prática clínica, tanto em contexto hospitalar quanto comunitário, que têm assumido um importante papel no desenvolvimento teórico em Enfermagem (Im, 2022).

Uma extensa revisão sistemática da literatura identifica-se como outra fonte relevante para a criação da teoria das transições, que permitiu compilar conhecimento pré-existente sobre o fenómeno da Enfermagem. Para além disto, os esforços colaborativos entre investigadores que utilizaram não só a estrutura teórica desta teoria de médio alcance, como também a colocaram em prática nos seus estudos, representam também uma fonte para o desenvolvimento da Teoria das Transições (Im, 2022).

Por último, o processo de tutoria de Meleis pode igualmente ter contribuído para todo este processo, uma vez que, através do mesmo, foi elaborada uma revisão integrada da literatura através da qual é proposta a primeira Teoria das Transições (1994). Importa ainda ressaltar que

a versão mais recente desta teoria, desenvolvida por Meleis e colegas no ano de 2000, pode ser produto do processo de orientação de estudantes no trabalho teórico em curso (Im, 2022).

O desenvolvimento da Teoria das Transições baseia-se na evidência empírica proveniente de cinco estudos de pesquisa para concetualização e teorização. Estes projetos foram conduzidos entre grupos populacionais em transição culturalmente diferentes, incluindo mães afro-americanas; mulheres coreanas de média idade imigradas; pais de crianças diagnosticadas com cardiopatias congénitos; mulheres brasileiras em processo de imigração para os EUA; e cuidadores familiares de pessoas sob quimioterapia. As descobertas empíricas destes estudos forneceram os fundamentos teóricos para os conceitos desta teoria de médio-alcance, sendo que tantos estes quando a sua inter-relação foram explorados e formulados com base num processo colaborativo de diálogo, comparação constante entre os achados dos cinco estudo e análise dos mesmos (Im, 2022).

Este enquadramento permite-nos atestar que esta teoria de médio alcance (TMA) foi, e continua a ser, alvo de muito investimento, não só por Afaf Meleis, mas também pelos inúmeros tutorandos que a autora foi acompanhando, assumindo um relevante papel na prática de Enfermagem. No entanto, importa agora abordar os diferentes conceitos que a integram de forma a compreender de qua forma pode sustentar e auxiliar a *práxis* clínica (Im, 2022).

Transição é um conceito familiar nas teorias do desenvolvimento e nas teorias do stress e da adaptação. Este é um conceito múltiplo, que representa a passagem de uma fase, condição ou *status* de vida para outro; abrange tanto as continuidades quanto as discontinuidades nos processos de vida dos seres humanos e assume-se como o período entre estados relativamente estáveis, desencadeado por eventos críticos e mudanças que podem ocorrer tanto na pessoa quanto no ambiente (Meleis, 2010).

As transições estão dentro do domínio da Enfermagem quando se referem à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados à saúde, encontrando-se invariavelmente relacionadas à mudança e ao desenvolvimento, sendo que estes são dois temas de elevada pertinência para a disciplina (Meleis, 2010).

A experiência da transição começa assim que um evento ou mudança é antecipado. Embora os seres humanos enfrentem diversas mudanças ao longo da vida, que desencadeiam processos internos, os enfermeiros entram em contato com pessoas num processo de transição quando esta se relaciona com a sua saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si mesmas. Além disso, os enfermeiros lidam com os ambientes que facilitam ou complexificam as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais (Meleis, 2010).

Os conceitos *major* desta teoria incluem: tipos e padrões de transições; propriedades das experiências de transição; condições da transição (facilitadoras e inibitórias); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado); e, ainda, terapêuticas de Enfermagem (Meleis, 2010; Im, 2022).

No que respeita ao tipo de transições, encontramos quatro categorias: de desenvolvimento, saúde-doença, situacionais e organizacionais. As primeiras correspondem às diferentes fases do ciclo vital desde o nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte. As transições saúde-doença englobam o processo de recuperação, alta hospitalar e diagnóstico de uma doença crónica. As transições situacionais ocorrem quando se verificam mudanças espaciais ou geográficas, mas também podem ser representadas por modificações nas relações. Quanto às transições organizacionais, estas referem-se a mudanças de condições ambientais que afetam as vidas dos clientes, bem como dos trabalhadores que estão consigo. Ao falarmos em padrões das transições, falamos de multiplicidade e complexidade (Meleis, 2010; Im, 2022).

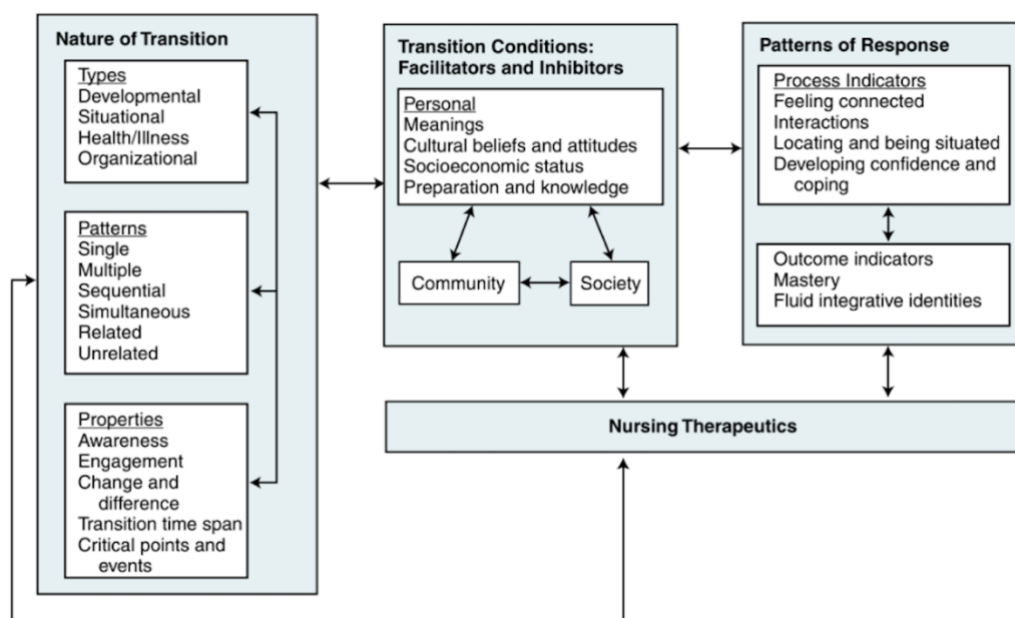


Figura 1 - Teoria das Transições

Este diagrama ilustra as relações entre os seis componentes da estrutura (Fonte: Meleis, A. I. (Ed.). (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company).

As propriedades das experiências de transição dividem-se em cinco conceitos *minor*, interrelacionados como um processo complexo, nomeadamente: consciencialização;

envolvimento; mudança e diferença; período de tempo; e pontos e eventos críticos (Meleis, 2010; Im, 2022).

A consciencialização é definida como percepção, conhecimento e reconhecimento da transição experienciada, estando o nível de consciencialização frequentemente refletido no grau de congruência entre aquilo que é conhecido sobre os processos e as respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e percepções de seres humanos sujeitos a transições semelhantes (Meleis, 2010; Im, 2022).

O envolvimento refere-se ao grau de compromisso que determinada pessoa demonstra perante o processo inerente à transição. Esta atitude é diretamente influenciada pela anterior, sendo que sem consciencialização não há envolvimento (Meleis, 2010; Im, 2022).

De seguida, encontramos as mudanças e diferenças. As mudanças experienciadas pela pessoa relativamente às suas identidades, papéis, relações, capacidades e comportamentos deveriam trazer uma sensação de movimento ou direção aos processos internos e externos. Concomitantemente, Meleis acredita que diferenças desafiantes poderiam ser demonstradas através de expectativas insatisfeitas ou atípicas – sentir-se diferente, ser percecionado como diferente ou olhar o mundo e os outros de forma dissemelhante – e que os enfermeiros deveriam reconhecer o nível de conforto dos clientes e a sua capacidade de gestão das mudanças e diferenças (Meleis, 2010; Im, 2022).

A quarta propriedade enunciada diz respeito ao conceito de período de tempo. Todas as transições podem ser caracterizadas como fluídas e dinâmicas ao longo do tempo. Nesta TMA, a transição é definida como um período de tempo com um ponto de partida identificável, que se estende desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por um período de instabilidade, confusão e angústia, culminando com um fim provável traduzido num novo início ou período de estabilidade (Meleis, 2010; Im, 2022).

Os pontos e eventos críticos representam ocasiões como o nascimento, a morte, a cessação da menstruação ou o diagnóstico de uma doença. Esta propriedade está habitualmente relacionada com uma consciencialização acrescida das mudanças/diferenças ou com um envolvimento mais intenso no processo de transição. Para além disto, esta Teoria concetualiza ainda que os pontos críticos finais se diferenciam pela percepção de equilíbrio entre novos horários, competências, estilos de vida e comportamentos de autocuidado; e também que a duração da incerteza é caracterizada por variações, mudanças consecutivas e interrupções existenciais (Meleis, 2010; Im, 2022).

As condições das transições assumem-se como as circunstâncias (pessoais, comunitárias ou sociais) que influenciam o modo como uma pessoa lida com a transição, podendo facilitar ou dificultar o progresso para atingir uma transição saudável (Meleis, 2010; Im, 2022).

As condições pessoais incluem significados, crenças e atitudes culturais, *status* socioeconómico, preparação e conhecimento. Meleis considera que os significados atribuídos a determinados eventos que instigavam a transição, bem como aqueles inerentes ao próprio processo de transição, poderiam acelerar ou impedir a ocorrência de transições saudáveis. Paralelamente, as crenças e atitudes culturais, como o estigma associado a uma experiência de transição ou o *status* socioeconómico, têm influência sobre esse processo. Uma preparação antecipada ou a falta de preparação podem facilitar ou inibir as experiências de transição dos seres humanos. À semelhança destas, também as condições comunitárias (p.e. recursos comunitários) ou sociais, das quais é exemplo a marginalização de imigrantes no país hospedeiro, têm influência na qualidade da transição experienciada. Recentemente, foram ainda adicionadas as condições globais, contudo, tanto estas quanto os subconceitos de condições comunitárias e sociais, tendem a ser subdesenvolvidos em comparação com as condições de transição pessoais (Meleis, 2010; Im, 2022).

Os padrões de resposta traduzem-se em indicadores de processo e indicadores de resultado, os quais caracterizam respostas saudáveis à transição. Os indicadores de processo que direcionam a pessoa para a saúde ou para a vulnerabilidade e risco levam os enfermeiros a realizar uma avaliação e intervenção precoces no sentido de facilitar a resultados saudáveis. Ademais, os indicadores de resultado podem ser utilizados para validar se uma transição é ou não saudável, no entanto, Meleis e seus colaboradores alertam para o facto de que estes podem estar associados a eventos irrelevantes da vida das pessoas quando contemplados numa fase inicial do processo de transição (Meleis, 2010; Im, 2022).

Nos indicadores de processo incluem-se as seguintes experiências: sentir-se conectado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*. A necessidade de se sentir e manter conectado denota uma transição saudável. Através das interações, o significado inerente à transição e comportamentos desencadeados pela mesma podem ser revelados, analisados e compreendidos, o que habitualmente resulta também numa transição saudável. A localização e estar situado em termos de tempo, espaço e relações é frequentemente importante na maioria das transições, indicando se a pessoa está ou não encaminhada no sentido de uma transição saudável. Para além disto, a extensão do aumento da confiança que a pessoa em transição experiencia é outro indicador de processo pertinente (Meleis, 2010; Im, 2022).

No que respeita aos indicadores de resultado, os autores anexaram a mestria e identidades integrativas fluídas. Segundo os mesmos, a conclusão saudável de uma transição pode ser decidida pela extensão da maestria das capacidades e comportamentos que os seres humanos em transição apresentam no decorrer da gestão de novas situações ou ambientes. A reformulação da identidade pode também ser representativa da conclusão saudável de uma transição (Meleis, 2010; Im, 2022).

Em 1994, Meleis e Schumacher concetualizaram as terapêuticas de Enfermagem como três medidas amplamente aplicáveis à intervenção terapêutica durante as transições. As autoras começaram por propor a avaliação de prontidão como uma terapêutica de Enfermagem, a qual através de um esforço interdisciplinar, se baseia na total compreensão do cliente. Esta requer uma apreciação de cada condição da transição de forma a gerar um esboço pessoal da prontidão do cliente e, por outro lado, permitir que os clínicos e investigadores determinem diversos padrões da experiência de transição. De seguida, surge a preparação para a transição, que engloba a educação como a modalidade principal para a criação das melhores condições que permitam estar pronto para uma transição. Por último, importa enunciar a suplementação do papel como terceira terapêutica de Enfermagem. Esta foi sugerida em 1975 por Meleis e posteriormente utilizada por diversos investigadores, contudo, na Teorias das Transições, não se verifica um desenvolvimento contínuo deste conceito (Im, 2022).

Recentemente, foram adicionadas outras quatro terapêuticas de Enfermagem a esta teoria: clarificação de papéis, competências e significados; identificação de marcos; mobilização de apoio; e *debriefing* (Im, 2022).

2.1.1. Desenvolvimento e regulação emocional na infância e adolescência

A infância e a adolescência constituem marcos importantes no desenvolvimento do ser humano e, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis, representam transições de desenvolvimento que podem exigir especial atenção por parte da Enfermagem caso desencadeiem resultados negativos na saúde, bem-estar e/ou qualidade de vida das crianças e adolescentes. Inerente a estas transições encontramos o desenvolvimento emocional e, simultaneamente, a regulação emocional, que, pela sua complexidade e exigências, apresenta alto potencial de comprometer o curso saudável das transições identificadas.

A regulação emocional pode ser definida como um conjunto de processos intrínsecos e extrínsecos responsável por monitorizar, avaliar e modificar reações emocionais, especialmente em termos de intensidade e tempo. Biologicamente, as emoções organizam e coordenam respostas multisistémicas a eventos ambientais significativos. Nesse sentido, são necessários processos regulatórios emocionais que, por um lado, tragam flexibilidade aos processos comportamentais que as emoções ajudam a motivar e dirigir, e por outro permitam aos organismos responder de forma rápida e eficiente às alterações das suas condições pela manutenção da excitação interna nos limites da melhoria do desempenho. Numa perspetiva psicológica, a regulação emocional é um processo de desenvolvimento metódico, que requer intervir em sistemas de afeto filogenéticos profundamente enraizados com mecanismos de controlo psicologicamente complexos. Por esta razão, a gestão da emoção é um importante componente da maturidade e da competência emocional (Thompson, 1991).

As crianças aprendem a expressar, compreender e regular as suas emoções através das interações que têm com os seus pais, irmãos e pares. Algumas delas são capazes de dominar habilmente as emoções (próprias e dos outros), porém existem casos em que as suas capacidades na interpretação de emoções são insuficientes para alcançar sucesso no mundo social (Scharfe, 2000).

Tronick (1989), enunciou a importância de explorar o vínculo inextricável entre as emoções e o comportamento dos bebés, as emoções e o comportamento dos cuidadores, e o sucesso, falhas e reparação dos erros interativos que os bebés experienciam ao esforçar-se para atingir os seus objetivos.

O autor começa por expor que, à semelhança de todos os seres, os bebés apresentam uma multiplicidade de objetivos, que incluem a procura por ambientes sociais (p.e.: interagir com outros, manter a proximidade ao cuidador, evoluir-se em interações caracterizadas por prazer mútuo e reciprocidade) e objetivos pessoais, de que é exemplo a manutenção da própria homeostasia. No sentido de alcançar estes objetivos, os bebés processam informações acerca do seu estado atual em relação com determinado objetivo, avaliando se estão ou não a ser bem-sucedidos, utilizando depois esta avaliação para delinear ações com vista a atingir o seu objetivo ou redirecionar os seus esforços para outros (Tronick, 1989).

As emoções desempenham um papel crítico neste processo avaliativo, motivando e organizando o comportamento dos bebés. Uma avaliação que anteceda a concretização do objetivo resulta num estado emocional positivo do bebé, com manifestação de alegria ou

interesse, p.e., incentivando um crescente envolvimento. Por oposição, se a avaliação sugerir uma falha nessa mesma concretização, o bebé experiencia emoções negativas (Tronick, 1989).

No entanto, as capacidades nesta fase de vida são imaturas, limitadas e mal coordenadas, pelo que os esforços do bebé direcionados a um objetivo podem ser auxiliados e suplementados pelas capacidades do cuidador – comportamentos regulatórios direcionados a outros. Mais especificamente, o cuidador é responsável pela reparação da falha do bebé, conduzindo ao seu sucesso e, simultaneamente, à transformação da sua emoção negativa numa positiva. No entanto, o bebé não está apenas dependente do cuidador face ao controlo do afeto negativo que experiencia. Este detém uma panóplia de comportamentos de *coping* disponíveis, entre eles: desviar o olhar; autoconfortar-se; e autoestimular-se – comportamentos regulatórios autodirigidos –, que permitem controlar e modificar o seu estado afetivo (Tronick, 1989).

Tanto os comportamentos regulatórios orientados para o outro quanto os autodirigidos fazem parte do repertório normal do bebé para lidar com a tristeza, raiva incontável e extremos positivos do afeto, que podem transformar-se em angústia. Estes permitem que o bebé controle os efeitos potencialmente disruptivos destas emoções e os seus extremos nas próprias atividades direcionadas a um objetivo. Estes comportamentos de *coping* facilitam o autocontrolo emocional do bebé no decorrer das suas interações com os outros ou nas suas ações no mundo inanimado (Tronick, 1989).

Thompson (1991) encara a emoção não só como um regulador do comportamento, mas também um prejuízo da competência. Em muitos aspetos, a capacidade das emoções para promover ou comprometer um funcionamento construtivo depende da extensão sobre a qual a estimulação emocional é monitorizada, avaliada e, se necessário, controlada pela pessoa, devendo esta ser regulada em si mesma para que as emoções guiem de forma útil o funcionamento competente. A estimulação emocional é primariamente regulada por outros no início da vida, uma vez que são os cuidadores quem monitoriza e regula o sofrimento do bebé, quem promove afeto positivo e quem direciona a emergência de emoções autorreferentes (p.e. culpa e orgulho). No entanto, em resultado do desenvolvimento neurofisiológico, do desenvolvimento de capacidades cognitivas e linguísticas e do aparecimento da compreensão de si mesmo e das emoções, a estimulação emocional torna-se progressivamente autorregulada.

Estas mudanças fazem com que a criança seja mais capaz de manter a sua homeostase emocional num nível satisfatório e permitem-lhe gerir a estimulação emocional com maior sucesso em transações com o ambiente social e não-social (Thompson, 1991).

O desenvolvimento de capacidades regulatórias emocionais assume-se como parte significativa do desenvolvimento emocional, isto porque, à medida que a emoção é gerida externamente e cada vez mais autorregulada com o desenvolvimento, a experiência emocional torna-se socializada e adquire um novo significado para a pessoa, podendo ser autocontrolada e utilizada com propósito e, assim, ser integrada no crescente repertório de processos comportamentais estratégicos da criança. A existência de um vasto leque de competências de regulação emocional facilita a autorregulação da própria criança e, simultaneamente, canaliza a experiência emocional de formas consistentes com a cultura emocional na qual a criança está familiarizada (Thompson, 1991).

Para além disto, a compreensão da regulação emocional fornece uma janela para o crescimento das diferenças individuais da personalidade e do funcionamento social. As diferenças individuais nas reações dos bebés a estranhos e à separação são principalmente indexadas por variações na emotividade. As variações na qualidade das relações entre os pares estão relacionadas com as capacidades de regulação emocional da criança. O autor faz ainda referência à existência de evidência considerável da relação entre variações na segurança do apego bebé-pais com a capacidade da criança em lidar com o stress da separação bebé-mãe. Estas estratégias de *coping* dependem em parte do número de experiências prévias de separação, apoio do cuidador, vulnerabilidade temperamental e características congénitas, bem como do desenvolvimento de capacidades iniciais de regulação emocional (Thompson, 1991).

As capacidades de regulação emocional estão também relacionadas com problemas no relacionamento com os pares, como no caso de crianças cuja raiva leva à agressão de colegas ou de crianças que, por timidez, são socialmente retraídas. Assim sendo, o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional pode fornecer uma base para o desenvolvimento de manifestações da competência social. De forma semelhante, diferenças individuais em dimensões significativas do temperamento, personalidade ou estilo de comportamento da criança, podem também ter origem em variações nas competências de regulação emocional. Se os processos de regulação emocional moldam a qualidade da experiência emocional para uma pessoa, de forma a promover um estilo de comportamento retraído ou extrovertido, então, variações nas capacidades ou tendências regulatórias podem ajudar a explicar porque é que a estimulação emocional tem diferentes significados para diferentes pessoas ao longo da vida (Thompson, 1991).

Os processos de regulação emocional estão também relacionados com o funcionamento cognitivo e ganhos académicos, razão que enaltece a importância da regulação emocional. Esta é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias de atenção e resolução de problemas necessárias para um desempenho cognitivo eficaz, especialmente perante tarefas que envolvam atraso, inibição ou a substituição de objetivos a longo prazo por incentivos imediatos. Por outro lado, verifica-se também influência sobre o desempenho académico, na medida em que atua na gestão do stress de desempenho, nomeadamente por gestão de emoções desencadeadas pelo sucesso ou fracasso académico e suas implicações causais, particularmente no que respeita a perceções de competência e autoconfiança. Para além disto, quando as crianças experienciam vivências angustiantes em casa ou nouro ambiente, as suas capacidades de regulação emocional podem determinar se estas situações comprometem ou não o seu desempenho académico (Thompson, 1991).

A relevância da regulação emocional pode ainda ser abordada quando falamos no estudo de perturbações clínicas infantis, respetiva etiologia e tratamento. Diversas perturbações da infância envolvem dimensões afetivas, pelo que problemas na regulação emocional podem definir problemas de comportamento da infância e adolescência. Além disso, a compreensão dos processos normativos do desenvolvimento, como aqueles relacionados à regulação emocional, podem fornecer conhecimentos acrescidos acerca da origem de psicopatologias prematuras (Thompson, 1991).

De acordo com o autor (1991), a estimulação emocional pode servir valiosos propósitos na organização e motivação de processos comportamentais adaptativos, mas a capacidade para o fazer depende em parte dos processos pelos quais a emoção é monitorizada, avaliada e modificada pela pessoa. O desenvolvimento destes processos de regulação emocional, que envolvem tanto capacidades extrínsecas como intrínsecas emergentes para gestão da estimulação emocional, é um processo que ocorre ao longo da vida e que incorpora uma dialética contínua entre o ser humano e as exigências do ambiente social.

Apesar dos bebés serem capazes de um repertório limitado de comportamentos de autoconforto, estes têm reduzida eficácia quando os estímulos persistem ou são demasiado altos, pelo que estão dependentes da ajuda dos cuidadores para regular a estimulação emocional. Diferentes modos de regulação emocional extrínseca aparecem cedo na infância, entre eles os efeitos imediatos e a longo prazo das estratégias de intervenção direta dos cuidadores; a influência de reforço seletivo e práticas de modelagem; os efeitos da indução afetiva na

experiência emocional da criança e controlo do cuidador face à oportunidade de estimulação emocional e respetiva gestão (Thompson, 1991).

A regulação emocional extrínseca persiste ao longo da vida, apesar de, após a infância, ser progressivamente complementada pelos esforços de autorregulação da própria criança. Nos anos subsequentes, os cuidadores continuam a representar influências significativas na regulação emocional, contudo, a sua contribuição evolui em conjunto com as capacidades crescentes da criança para a autorregulação emocional. Muitas destas mudanças estão associadas com o desenvolvimento de capacidades linguísticas durante a primeira infância (Thompson, 1991).

A linguagem altera significativamente a forma como a experiência emocional de uma criança pode ser gerida pelos cuidadores, dado que se torna possível o discurso sobre a emoção. A linguagem pode ser um modo especialmente poderoso para a regulação emocional extrínseca devido à sua explicitação, à sua capacidade para referências passadas e futuras e à sua qualidade multifacetada. Como consequências, as crianças podem receber mensagens verbais influentes dos adultos relativas a circunstâncias que requerem regulação emocional, aos benefícios da mesma, a estratégias através das quais a emoção pode ser regulada e às regras sociais que gerem as manifestações emocionais, assim como outra informação pertinente sobre a emoção e sua gestão (Thompson, 1991).

No entanto, a linguagem é importante não só como meio de discurso com os cuidadores sobre as emoções, mas também porque molda as próprias representações simbólicas da criança acerca da emoção e das experiências emocionais. De facto, a linguagem é significativa para o desenvolvimento na autorregulação emocional dado que os efeitos do discurso pais-filho sobre a emoção iniciam-se quando as crianças estão a adquirir uma rede concetual de termos, conceitos e ideias sobre a emoção, ou seja, uma compreensão sociocognitiva da emoção. Em aplicações mais específicas, a linguagem transforma-se num modo inicial de autorregulação emocional direta (Thompson, 1991).

De forma mais ampla, o desenvolvimento de capacidades representacionais relacionadas com a emoção fornece a base para um reconhecimento primário das estratégias de regulação emocional que fazem parte da compreensão meta-emotiva da criança ou conhecimento sobre os processos emocionais, ou seja, a partir do momento que a criança começa a adquirir conhecimento sobre a emoção e seus constituintes, a sua capacidade para identificar e implementar estratégias de regulação emocional emerge (Thompson, 1991).

De acordo com este autor, existem vários componentes da compreensão meta-emotiva da criança que a auxiliam nos seus esforços de regulação emocional: compreensão dos antecedentes da emoção ou associações entre situações específicas e as reações emocionais que estas provocam (1); conhecimento das consequências de uma resposta emocional (2); conhecimento sobre estratégias de regulação emocional (3). Este terceiro componente foi alvo de maior pesquisa e investigação, tendo-se atestado que, durante os anos pré-escolares, as crianças dependiam em grande parte de algumas abordagens simples que facilitavam a gestão da sua própria experiência emocional, p.e., através da regulação da entrada sensorial, com cobertura dos olhos ou ouvidos; da supressão de estímulos sensoriais; da procura de apoio junto de adultos confiáveis; da utilização de discurso interno encorajador ou tranquilizador; da alteração ou substituição de objetivos para a situação (Thompson, 1991).

Se olharmos para estas conquistas de desenvolvimento como um todo, percebemos que as mesmas são consistentes com a evolução da compreensão das crianças acerca da própria emoção. A emoção é entendida como algo que existe primeiramente em situações e no comportamento; os esforços regulatórios que alteram as situações, reduzem a sua influência ou mudam o comportamento de alguém nessas situações são os caminhos regulatórios de primeira linha para a criança em idade pré-escolar (Thompson, 1991).

Durante a idade escolar, a compreensão das crianças sobre a emoção evolui de forma a abranger as complexidades psicológicas, atribucionais e motivacionais da experiência emocional. As crianças estão a adquirir concepções psicologicamente orientadas do *self* e do Outro, que fundamentam uma representação mais sofisticada da experiência emocional. Os ganhos cognitivos relativos à distinção da aparência/realidade, a flexibilidade representacional na aplicação de múltiplas perspetivas para um evento único e o incremento do conhecimento social e das capacidades para assumir papéis têm implicações importantes a nível da compreensão das regras das manifestações emocionais, das variadas dimensões da experiência emocional e da simultaneidade de diferentes emoções e, ainda, das consequências das expressões emocionais de alguém para os parceiros sociais (Thompson, 1991).

Associado ao descrito, encontramos o catalisador das interações entre pares, que se tornam cada vez mais orientadas para a compatibilidade psicológica e intimidade emocional durante a segunda infância. Consequentemente, as crianças adquirem e alistam uma gama variada de estratégias de regulação emocional que facilitam a gestão de reações emocionais imediatas perante encontros emocionalmente relevantes com os pares, especialmente aqueles que colocam a criança num elevado risco de exposição ou vergonha (Thompson, 1991).

Durante a segunda infância, o repertório de estratégias de regulação emocional expande-se significativamente em tamanho e complexidade. Durante este período, as crianças compreendem que a experiência emocional pode ser modificada pelo redireccionamento emocional interno, através da alteração do foco da atenção ou distração deliberada; ou pela reinterpretação ou redefinição da situação de forma a aumentar ou atenuar a estimulação emocional. Por vezes, na primeira infância, as crianças alteram a emoção agindo de maneira a provocar uma emoção diferente, como é o caso de crianças que, perante a ansiedade, brincam com bonecos. Mais tarde, as crianças percebem que as expressões emocionais para os outros podem ser dissociadas da experiência emocional interna e, conseqüentemente, é possível gerir a emoção através da alteração das reações dos outros ao próprio (Thompson, 1991).

Durante a segunda infância surgem outros aspetos da compreensão emocional relevantes para a regulação emocional. Exemplo disso é o facto de as crianças tomarem consciência de que é possível experienciar diferentes emoções de forma sequencial ou em simultâneo e que, quando as emoções apresentam valências díspares podem, em alguns casos, produzir ambivalência ou conflito emocional. Elas estão despertas para algumas das atribuições causais subjacentes à estimulação emocional e sabem que mudar atribuições na causalidade pode ter consequências emocionais distintas. Além disto, as crianças compreendem que a emoção pode ser reevocada se a pessoa resgatar memórias de uma experiência emocional anterior, seja ela positiva ou negativa (Thompson, 1991).

Este crescente repertório de estratégias de regulação emocional reflete a apreciação de características multifacetadas da experiência emocional que envolve processos manipuláveis de ordem psicológica, atribucional e de inferência social. De certa forma, estas conquistas traduzem o desenvolvimento da autonomia emocional, assim como da gestão da experiência emocional, já que as crianças são capazes de manter um bem-estar emocional satisfatório de forma independente e autossuficiente, dependendo menos dos impulsionadores situacionais e dos reguladores externos da emoção (Thompson, 1991).

Estes avanços impressionantes na compreensão meta-emotiva fornece uma base fundamental para os sistemas de conhecimento emocional (ou protótipos emocionais), através do qual concepções sólidas da emoção parecem estar organizadas. De facto, muitos componentes significativos dos protótipos emocionais, relativos aos antecedentes da emoção, às consequências de uma resposta emocional e sua apresentação e às estratégias de regulação emocional, estão inicialmente constituídos nas primeiras formas da compreensão meta-emotiva

durante a o período pré-escolar, sendo expressamente aprofundados e elaborados como consequência dos ganhos no desenvolvimento da segunda infância (Thompson, 1991).

Juntamente com o desenvolvimento das conceções psicologicamente orientadas da emoção e da regulação emocional, a segunda infância também testemunha o desenvolvimento da compreensão de si próprio, que oferece às crianças uma percepção dos seus próprios processos emotivos, distintos dos processos dos outros. No início dos anos escolares, senão mesmo antes, as crianças tornam-se cada vez mais conscientes de que a sua própria experiência emocional é diferente das dos restantes de maneiras importantes – isto constitui o fundamento para uma teoria da emoção pessoal, i.e., uma compreensão de como a emoção funciona e é gerida dentro do próprio (Thompson, 1991).

O autor (1991) realça ainda que as experiências emocionais são catalisadores salientes e significativos para o funcionamento social e para a autogestão comportamental, pelo que, a capacidade para compreender e prever como uma pessoa irá reagir emocionalmente a situações comuns permitiria à criança agir de forma mais competente e confiante. Ademais, uma apreciação das estratégias de regulação emocional que são particularmente eficazes na experiência de alguém capacitaria ainda mais as crianças a empregarem as suas emoções de formas mais produtivas e úteis no decorrer das suas interações com o mundo social e não-social.

Uma teoria da emoção pessoal alcança uma coerência e consistência preponderantes durante a adolescência. É durante este período que os adolescentes constroem uma rede de crenças autorreferentes psicologicamente mais complexas, diferenciadas e integradas comparativamente àquelas que existiram em anos anteriores. Neste estágio, a teoria da emoção pessoal é formada por outros elementos do próprio sistema, fornecendo uma contribuição importante para o aparecimento da compreensão de si mesmo. Além disso, à medida que esta “teoria” é progressivamente aperfeiçoada, começa a fazer parte da rede de esquemas que organiza a compreensão da maturidade. Consequentemente, a própria compreensão emocional contribui e é moldada por outros aspetos da consciência que se consolidam durante a adolescência (Thompson, 1991).

Resumidamente, a capacidade de regular emoções é uma tarefa desenvolvimental fulcral na infância e adolescência no que respeita ao funcionamento socioemocional e cognitivo. Do ponto de vista do desenvolvimento, a regulação emocional na primeira infância é unicamente externa, sendo que as capacidades de regulação apenas surgem no decorrer do desenvolvimento. Ambas as abordagens foram combinadas para que a regulação emocional

representasse um *continuum* de uma regulação consciente e controlada até ao ponto em que é um processo inconsciente e automático (Melfsen, Jans, Romanos & Walitza, 2022).

Quanto mais intensas forem as emoções, mais automaticamente estas são reguladas. Os processos de regulação emocional são mais automáticos quanto mais novas forem as crianças, assistindo-se a um aprimoramento do autocontrolo orientado a objetivos com o aumento da idade. Geralmente, o desenvolvimento conduz a um aumento da autorregulação e a uma diminuição da regulação externa, verificando-se uma crescente disponibilidade de estratégias de regulação emocional para a criança, que se torna progressivamente capaz de escolher uma estratégia adequada dependendo da situação. Com o passar da idade e à medida que as capacidades cognitivas da criança amadurecem, mais informação é considerada e mais estratégias de regulação emocional deliberadas são colocadas em prática (Melfsen *et al.*, 2022).

De acordo com Melfsen *et al.* (2022), podem observar-se dois tipos de estratégias de regulação: as adaptativas, que são eficazes na modificação de emoções e têm associações negativas a sintomas clínicos; e as desadaptativas, que se mostram ineficazes na alteração das emoções e estão associadas a elevados níveis de sintomas clínicos, como será possível comprovar adiante.

2.2. Modelo dos Sistemas de Neuman

O MSN baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza de organismos vivos como sistemas abertos em interação entre si e com o meio ambiente. No escopo deste Modelo, a autora sintetiza conhecimento de diferentes disciplinas e incorpora as suas próprias crenças filosóficas e experiência da prática clínica, particularmente em Enfermagem de Saúde Mental (Lawson, 2022).

O Modelo deriva da teoria *Gestalt*, que descreve homeostasia como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, consequentemente, a sua saúde, sob condições variadas. Neuman descreve adaptação como o processo pelo qual o organismo satisfaz as suas diferentes necessidades, sendo que cada uma delas pode perturbar o equilíbrio ou estabilidade do cliente, sendo o processo de adaptação dinâmico e contínuo. Na conceção existencialista o ser humano é visto como estando sempre num possível estado de refazer-se, de poder escolher e organizar a sua existência. Toda a vida é caracterizada por esta interação constante entre o equilíbrio e desequilíbrio dentro do organismo em interação com o ambiente.

Quando o processo de estabilização falha em qualquer nível ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por um período prolongado, pode ocorrer doença e, perante a inabilidade do organismo em compensar essa doença, morte (Lawson, 2022).

O MSN deriva também das visões filosóficas de Chardin e Marx. A filosofia Marxista sugere que as propriedades das partes são, por um lado, determinadas pelos todos maiores dentro dos sistemas dinamicamente organizados. Através desta perspetiva, Neuman confirmou que o padrão do todo influencia a consciência da parte, pressuposto que deriva da filosofia de Chardin acerca da totalidade da vida (Lawson, 2022).

Neuman utilizou o conceito de stress de Selye, definido como uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência feita sobre o mesmo, que aumenta a procura por readaptação. Este processo não é específico, requer adaptação a um problema, qualquer que seja a sua natureza. Assim sendo, a essência do stress assume-se como a procura inespecífica por atividade. Os stressores definem-se como os estímulos que desencadeiam tensão e resultam em stress, podendo estes ser positivos ou negativos (Lawson, 2022).

Para além disto, a autora adaptou ainda o conceito de níveis de prevenção do modelo concetual de Caplan, relacionando-os com a Enfermagem. A prevenção primária é usada para proteger o organismo antes deste encontrar um stressor prejudicial e implica reduzir a possibilidade de ocorrência desse evento ou reforçar a linha normal de defesa do cliente de forma a diminuir a reação ao stressor. As prevenções secundária e terciária utilizam-se depois do encontro com o stressor. Enquanto a prevenção secundária procura minimizar o efeito ou possível efeito dos stressores através de um diagnóstico precoce e tratamento eficaz dos sintomas de doença (reforço das linhas internas de resistência), a prevenção terciária tem como objetivo mitigar os efeitos residuais provocados pelos stressores e restabelecer o bem-estar do cliente após tratamento (Lawson, 2022).

O MSN é, tal como o nome sugere, classificado como um modelo de sistemas ou uma categoria de sistemas de conhecimento. Neuman definiu sistema como uma ordem generalizada que mantém as suas partes juntas. Com esta definição em mente, a autora explica que a Enfermagem pode facilmente ser concetualizada como um todo completo, com pequenos todos ou partes identificáveis. A estrutura do todo completo é mantida pelas inter-relações entre esses pequenos todos, ou partes identificáveis, através de regulações que evoluem a partir da dinâmica do sistema aberto. No sistema existe uma troca dinâmica de energia, aproximando-se ou afastando-se da estabilidade. A energia move-se em direção à sintropia ou evolução à medida que um sistema absorve energia para aumentar a sua organização, complexidade e

desenvolvimento quando se move em direção a um estado estável ou de bem-estar. Um sistema aberto de troca de energia nunca descansa. Este tende a mover-se ciclicamente em direção à diferenciação e elaboração para progressivo crescimento e sobrevivência do organismo. Por outro lado, com a troca dinâmica de energia, o sistema pode também afastar-se da estabilidade, a energia pode mover-se em direção à extinção (entropia) por intermédio de uma gradual desorganização, incremento da aleatoriedade e dissipação de energia (Aylward, 2010).

O Modelo ilustra um sistema cliente-cliente e apresenta a Enfermagem como uma disciplina primariamente preocupada com a definição de ações de Enfermagem apropriadas em situações relacionadas com stressores ou em possíveis reações do sistema cliente-cliente. O cliente e o ambiente podem ser positiva ou negativamente afetados um pelo outro. Existe uma tendência dentro de qualquer sistema para manter um estado estável ou de equilíbrio entre as várias forças disruptivas que operam dentro ou sobre o mesmo. Neuman identificou estas forças como stressores e sugeriu que reações, possíveis e reais, com sinais ou sintomas identificáveis, podem ser mitigadas através de intervenções precoces adequadas (Aylward, 2010).

Segundo a autora, o Modelo de Sistemas é uma perspetiva única, baseada em sistemas abertos que fornece um foco unificador para abordar uma ampla gama de preocupações. Um sistema atua como um limite para um único cliente, grupo ou mesmo vários grupos, podendo ainda ser definido como uma questão social. Um sistema de cliente em interação com o ambiente traça o domínio das preocupações da Enfermagem. Neuman enuncia diferentes conceitos *major* no seu Modelo, entre eles: abordagem holística, sistema aberto, ambiente, sistema de cliente, linha normal de defesa, linha de defesa flexível, saúde, stressores, grau de reação, prevenção como intervenção e reconstituição (Lawson, 2022).

Iniciaremos a análise dos diferentes conceitos pela definição dos metaparadigmas de Enfermagem, englobando nos mesmos alguns dos restantes termos significativos para a total compreensão do Modelo e premissas de Neuman.

A teórica apresenta o conceito de pessoa como cliente ou sistema de cliente, podendo este ser um indivíduo, famílias, grupos, comunidades ou assuntos sociais. É definido como um sistema aberto, com um fluxo contínuo de entradas, processos, saídas e *feedback*; e dinâmico, constituído por diversos círculos – linha de defesa flexível, linha normal de defesa, linhas de resistência e estrutura básica –, tendo em consideração determinadas variáveis, contempladas simultaneamente nos diferentes círculos concêntricos que compõem o cliente, com diferentes graus de desenvolvimento e em constante interação com o ambiente (Figura II).

Neuman identificou cinco variáveis, são elas: fisiológicas (estrutura e função do corpo), psicológicas (processos mentais e relações), socioculturais (funções sociais e culturais combinadas), espirituais (crenças espirituais e influência) e do desenvolvimento (processos de desenvolvimento da vida) (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A linha de defesa flexível (círculo externo de traço descontínuo) atua como um escudo protetor, cujo objetivo é prevenir a invasão por parte dos stressores no sistema cliente e proteger a linha normal de defesa, sendo que a proteção do cliente face aos stressores é proporcional à distância da linha de defesa flexível em relação à linha normal de defesa, ou seja, quanto maior for este afastamento, mais protegido o cliente estará. A eficácia deste sistema de proteção pode ser influenciada por ação de um ou múltiplos stressores, podendo a linha de defesa flexível sofrer alterações rapidamente por estados de emergência ou condições a curto prazo (p.e. insónia, má nutrição, desidratação) (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Seguidamente, encontramos a linha normal de defesa (ilustrativamente uma linha sólida), uma linha dinâmica, que pode expandir ou contrair ao longo do tempo, e que representa o habitual estado de bem-estar conhecido pelo cliente, sendo, numa primeira avaliação, necessário identificar esse nível de bem-estar, no sentido de reconhecer uma mudança no mesmo (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

No nível mais próximo da estrutura básica, encontramos as linhas de resistência (representadas por uma série de círculos descontínuos), que representam fatores de recurso ou fatores protetores (internos e externos), ativados pela penetração de stressores na linha normal de defesa, que ajudam o cliente a defender-se contra estes desencadeando um determinado grau de reação. Quando estas linhas de resistência são eficazes, verifica-se uma redução dos sinais/sintomas ou uma reversão dos stressores, assistindo-se a uma reconstituição do sistema e retorno à estabilidade (reconstituição), podendo depois o nível de bem-estar ser superior ou inferior ao inicial. Por outro lado, quando estas falham, ocorre depleção de energia, que pode conduzir à morte (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A estrutura básica ou núcleo central é composta pelos fatores básicos de sobrevivência comuns aos seres humanos ou recursos energéticos do cliente, como p.e., as características genéticas, o padrão de resposta, as forças ou fraquezas orgânicas, a estrutura do ego e conhecimentos ou semelhanças (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A autora define ambiente como as forças, internas e externas, que rodeiam o cliente, influenciando-o e sendo influenciadas pelo mesmo. Os stressores são significativos para este

conceito, sendo descritos como forças ambientais que interagem com o sistema e potencialmente alteram a sua estabilidade (Lawson, 2022).

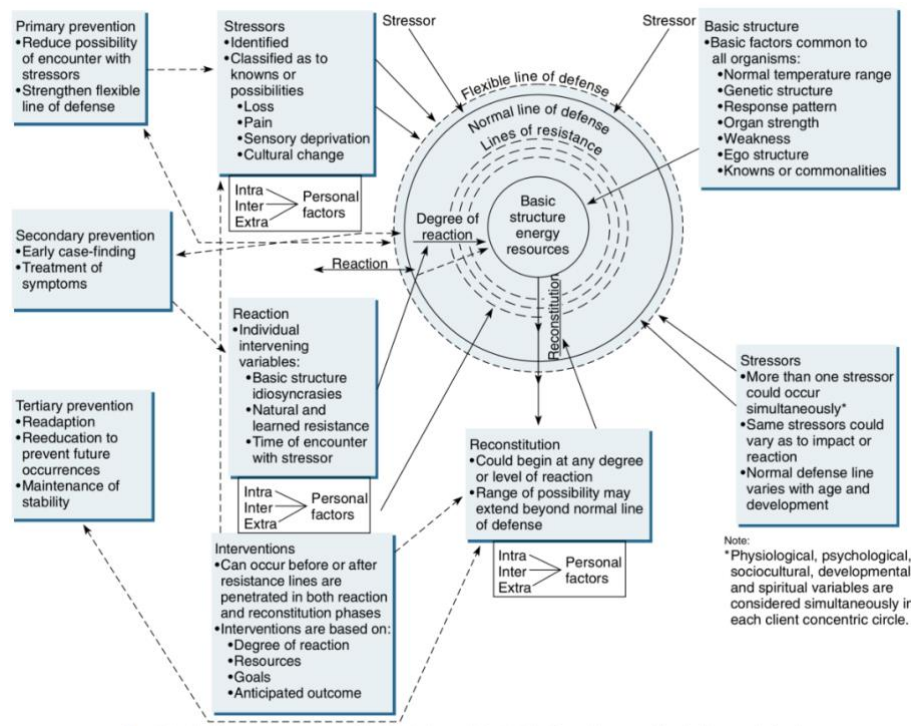


Figura 2 - Modelo de Sistemas de Neuman

Fonte: Lawson, T. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 231-246). Elsevier.

Neuman identifica três ambientes relevantes: o interno ou intrapessoal, em que as interações ocorrem no espectro do cliente; o externo, que pode ser inter ou extrapessoal, decorrente do exterior do cliente; e o ambiente criado, que é inconscientemente desenvolvido e usado pelo cliente para apoiar um *coping* protetor. Este último é dinâmico e mobiliza todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolante que ajuda o cliente a gerir a ameaça de stressores ambientais através da mudança do *self* ou da situação, influenciando perpetuamente e sendo influenciado pelas mudanças no estado de bem-estar compreendido pelo cliente (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Neuman considera o seu projeto como um modelo do bem-estar, definindo a saúde como um *continuum* desde bem-estar a doença – um processo dinâmico por natureza e em constante mudança (Lawson, 2022). A saúde equivale a uma ótima estabilidade do sistema, i.e., o melhor estado de bem-estar possível em qualquer momento. O movimento do cliente em direção ao bem-estar existe quando mais energia é criada e armazenada do que gasta. Por outro lado,

quando é necessária mais energia do que aquela que está disponível para sustentar a vida, o cliente caminha em direção à doença ou morte. O grau de bem-estar depende da quantidade de energia necessária para retornar e manter a estabilidade do sistema. A saúde é vista em diferentes níveis dentro de uma variação normal, crescendo e diminuindo ao longo da vida. Estas mudanças surgem como resposta a fatores estruturais básicos e refletem uma adaptação do cliente, satisfatória ou não, aos stressores do ambiente (Aylward, 2010).

Neuman defende que a preocupação da Enfermagem é a pessoa como um todo. A autora vê esta disciplina como uma profissão única que se preocupa com todas as variáveis que afetam os clientes no seu ambiente. O principal intuito é manter o cliente estável, o que pode ser conseguido pela avaliação precisa dos efeitos (possíveis e reais) dos stressores ambientais e pelo apoio do cliente sobre os reajustes necessários para um bem-estar ideal (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

As ações de Enfermagem, chamadas de prevenção como intervenção, iniciam-se com vista à consecução do objetivo enunciado. Neuman criou uma tipologia para as mesmas que inclui prevenção primária, secundária e terciária. De uma forma geral, todas estas ações são desenvolvidas de forma a melhor reter, atingir e manter a saúde ou o bem-estar ideal do cliente (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A prevenção primária como intervenção envolve as ações de Enfermagem que promovam o bem-estar do cliente através da prevenção do stress e redução dos fatores de risco. Estas intervenções podem começar em qualquer momento, partindo da suspeita ou identificação de um stressor e antes que uma reação seja acionada, minimizando a possibilidade de encontro com um stressor, reforçando desta forma a linha de defesa flexível e protegendo a linha normal de defesa. O objetivo da prevenção primária é manter um estado de estabilidade ou bem-estar ideal, assumindo-se a promoção da saúde como uma intervenção significativa. Idealmente, os enfermeiros deveriam considerar este tipo de atuação concomitantemente com as prevenções secundária e terciária como intervenções quando existem problemas reais (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Perante a ocorrência de uma reação a um stressor, os enfermeiros podem recorrer à prevenção secundária como intervenção para tratar sintomas no interior do escopo da sua prática, visando a redução do grau de reação ao stress e o reforço das linhas de resistência, facilitando assim a proteção da estrutura básica. Este nível de atuação pretende, para além do objetivo inscrito na prevenção primária, conservar energia. Os enfermeiros utilizam o máximo

possível dos recursos internos e externos do cliente com vista à estabilização do sistema (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A prevenção terciária como intervenção inicia-se em qualquer ponto da reconstituição do cliente e engloba intervenções que promovam a readaptação, a reeducação (para prevenir futuras ocorrências) e a manutenção da estabilidade. Estas ações têm como finalidade manter o nível ideal de bem-estar através da consolidação de forças existentes e da conservação de energia do sistema, caminhando de volta, e de forma circular, à prevenção primária (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Neuman realçou que qualquer uma destas modalidades de prevenção, assim como todas elas em conjunto, orientam ou podem ser aplicadas simultaneamente para ações de Enfermagem com possíveis benefícios sinérgicos, podendo ser planeadas e implementadas ao mesmo tempo (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Os enfermeiros colaboram com o cliente no sentido do estabelecimento de metas relevantes, as quais só podem ser enunciadas após validação do mesmo e síntese das suas informações gerais, bem como da teoria relevante que determina a determinação de um diagnóstico de Enfermagem adequado. A partir do momento em que exista um diagnóstico e objetivos em mente, é possível proceder ao planeamento e implementação de intervenções (Aylward, 2010). Essas intervenções têm resultados esperados específicos, tendo em consideração os três modos de prevenção, sendo no final necessário efetuar uma avaliação que permita compreender se os mesmos foram ou não atingidos ou se é pertinente reformular objetivos ou resultados (Lawson, 2022).

Segundo Aylward (2010), Neuman admite que os enfermeiros, no processo de manter a estabilidade do sistema, são responsáveis por criar uma ligação entre cliente, ambiente, saúde e Enfermagem.

3. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Neste capítulo pretende-se, partindo do enquadramento e aplicação do MSN, compreender como é que os diferentes stressores podem condicionar a saúde, bem-estar e qualidade de vida das crianças e adolescentes e quais os mecanismos ativados (ou não) pelas linhas de defesa e de resistência e respetivos resultados. Iremos constatar que, quando estes escudos protetores falham, o sistema perde a homeostasia e entra em rutura, o que pode significar a instalação de uma doença.

Uma pesquisa nacional da saúde da criança conduzida entre 2020-2021 nos Estados Unidos da América, concluiu que 23.3% das crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, apresentavam problemas mentais, emocionais, do desenvolvimento ou comportamentais (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2020-2021).

De acordo com a WHO (2021), as condições de saúde mental (p.e. ansiedade, depressão, problemas de comportamento, perturbações do desenvolvimento intelectual) são as principais causas de doença e incapacidade entre a população infantojuvenil. Em todo o mundo, cerca de 10% das crianças e adolescentes (5-14 anos) sofrem de uma perturbação mental, porém, a maioria não procura ajuda nem recebe tratamento (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

3.1. Respostas (Des)adaptativas das Crianças e Adolescentes

Os resultados provenientes de diferentes investigações sugerem que graves problemas emocionais e comportamentais surgem durante a infância e adolescência. O desenvolvimento desde a infância à adolescência implica a aquisição de numerosas capacidades emocionais, cognitivas e sociais em interação com os múltiplos contextos nos quais a criança cresce (p.e. família, escola, sociedade). Estas interações são a base para as crianças e adolescentes alcançarem maturidade e autonomia. No decorrer deste processo, a análise e identificação de comportamentos disfuncionais e sintomas emocionais desempenha um papel imprescindível na deteção precoce de possíveis problemas de saúde mental (Sánchez-Hernández, Holgado-Tello & Carrasco, 2023).

O estudo da saúde mental das populações infantojuvenis evoluiu ao longo das últimas três décadas. A existência da psicopatologia infantil foi reconhecida no século XIX e a sua compreensão melhorou substancialmente com a inclusão de perturbações da infância nas classificações categóricas para diagnósticos clínicos entre meados e o final dos anos 80. Tal englobou sistemas de classificações categóricas, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), e sucessivas versões até à atual (DSM-V, datada do ano 2013), que continua a ser o manual de classificação internacional padrão para a identificação de psicopatologias. De acordo com os autores, recentemente, na procura por outras alternativas classificatórias, duas dimensões de amplo espectro que caracterizam a psicopatologia infantil foram encontradas com base na pesquisa empírica – problemas de externalização e de internalização (Sánchez-Hernández *et al.*, 2023).

A evidência mostra-nos que existe uma forte correlação entre a ocorrência de experiências adversas na infância e o desenvolvimento de problemas de comportamento, habitualmente catalogados como problemas de externalização e internalização (podendo existir comorbidade entre ambos) (Costa, 2014), com impacto funcional em diferentes domínios (psicológico, social, laboral, físico e do autoconceito) (Arslan, Lucassen, van Lier, de Hann, & Prinzie, 2020).

Os problemas de externalização apresentam maior prevalência na idade pré-escolar, podendo ter origem em relações opressivas pais-filhos, na rejeição pelos pares e no baixo rendimento escolar, e envolvem comportamentos agressivos e de oposição, antecipando uma variedade de resultados funcionais, tais como, delinquência ao longo da adolescência, dificuldades sociais desde a infância até ao início da vida adulta e fraco aproveitamento escolar entre a segunda infância e a pré-adolescência (Costa, 2014; Arslan *et al.*, 2020). Para além destes, Sánchez-Hernández *et al.* (2023), falam também em comportamentos disruptivos como o incumprimento de regras. Segundo os mesmos autores, a desatenção e os comportamentos desafiadores de oposição são os sintomas mais relevantes de problemas de externalização.

Noutro extremos encontramos os problemas de internalização, que atingem o auge na adolescência, ainda que possam também ser observados em crianças em idade pré-escolar (Costa, 2014). Estes consistem em sintomas ansiosos e depressivos, comportamento retraído e queixas somáticas, apresentando também consequências negativas, entre elas ansiedade e depressão na adolescência e início da vida adulta (Arslan *et al.* 2020; Sánchez-Hernández *et al.*, 2023).

Os sintomas identificados no estudo de Sánchez-Hernández *et al.* (2023), revelam indicadores específicos que podem ser detetados nas interações diárias com a criança/adolescente através da sua comunicação verbal ou das suas atitudes em diversos contextos de socialização. Estes indicadores vão além da manifestação global de cariz agressivo ou disruptivo típicos de uma categoria diagnóstica geral. Considerando as possíveis implicações práticas, importa ressaltar que os diferentes sintomas centrais identificados no estudo supra podem ser utilizados como pistas ou sinais de alarme sugestivos de diversos problemas de saúde mental, podendo ser úteis para programas de prevenção e intervenção (Sánchez-Hernández *et al.*, 2023).

Achados provenientes da psicologia e da psicopatologia do desenvolvimento evidenciam que a combinação entre mecanismos causais biológicos e mecanismos do meio pode explicar tanto a continuidade quanto a interrupção das perturbações de comportamento em crianças/adolescentes. Posto isto, a qualidade da trajetória do desenvolvimento pode ser influenciada por diferentes variáveis, entre elas, a família e contexto alargado, a escola e a comunidade (Sousa-Machado & Diogo, 2017).

Quando falamos em desenvolvimento devemos contemplar as características da criança e fatores ambientais, mas também as particularidades da relação pais-filhos, aspeto este que ganha especial relevância se olharmos para a construção de relações de confiança com as figuras parentais como um dos aspetos mais desafiantes da infância. Variações na qualidade destas relações predizem diferentes traços individuais, especificamente em termos da personalidade e do comportamento (Sousa-Machado & Diogo, 2017).

Estímulos familiares stressantes, de que é exemplo a indisciplina e a insegurança da vinculação, estão na base para o desenvolvimento de problemas de externalização e internalização, verificando-se uma estreita relação entre estes e padrões de vinculação pautados pelo evitamento ou ambivalência. Os comportamentos externalizados são essencialmente explicados pela vinculação aos pais; os comportamentos internalizados estão relacionados com sentimentos de alienação dirigidos a estes e consequente maior desconfiança junto dos pares (Sousa-Machado & Diogo, 2017).

Analisando as componentes sociodemográficas, a investigação mostra que condições desfavoráveis como a pobreza, a violência e o abuso podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos externalizados ou internalizados, sendo que os enunciados antedizem especificamente problemas de internalização (Costa, 2014). Paralelamente, características demográficas como o género e raça/etnia podem também estar relacionadas com problemas de

externalização e internalização. Exemplo disso é o facto de o género ser um aspeto especialmente relevante no que respeita a manifestações de diferentes psicopatologias, já que as crianças do género masculino se expressam tendencialmente através de comportamentos externalizados enquanto as do género feminino tendem a manifestar problemas de internalização (Muniz *et al.*, 2019).

Para além disto, e remetendo agora para as características da própria criança, importa ressaltar o papel que o temperamento desempenha na emergência de problemas do comportamento. Segundo Costa (2014), estudos revelam que os mesmos estariam relacionados quer com níveis elevados de afetividade negativa quer com níveis reduzidos de controlo por esforço; à amplitude da extroversão; e à predisposição temperamental para o afeto negativo.

Sousa-Machado & Diogo (2017) invocam os resultados de estudos incidentes na infância e adolescência, que traduzem a influência recíproca e o efeito cumulativo das múltiplas interações e transações que ocorrem entre as diferentes esferas da vida e os sistemas que compõem a pessoa. Perante uma não-ação face ao aparecimento precoce de sinais/sintomas sugestivos de problemas de ordem comportamental ou emocional, essa influência e seu efeito tendem a aumentar as fragilidades do sujeito (ex. cuidadores que, aquando entrada para a escola, minimizam ou ignoram a rejeição vivida pelos pares ou o fracasso académico).

As repetidas transformações a nível das dinâmicas familiar e social levam a uma modificação nos fatores de risco, bem como nas razões e apresentação da exteriorização e internalização dos problemas, pelo que é desejável uma avaliação e intervenção precoces, que previnam/impeçam o fortalecimento de problemas e contribuam para o desenvolvimento pleno da criança. Os problemas do comportamento e emocionais têm maior prevalência durante os anos escolares, contudo, a sua sinalização é ainda diminuta devido ao facto desta população não recorrer a serviços de saúde mental (Sousa-Machado & Diogo, 2017).

As crianças e jovens expõem padrões comportamentais sólidos que representam tanto o resultado do seu desenvolvimento quanto o prognóstico dos subseqüentes ajustes de que serão alvo. Assim sendo, tanto os problemas de externalização quanto os de internalização têm repercussões claras no comportamento das crianças e adolescentes, entre elas “dificuldades nas relações interpessoais, violação das regras, irritabilidade e beligerância (...) retraimento social, procura de atenção (tornando-se vítimas fáceis de abusadores), sentimentos de inferioridade e dependência” (Sousa-Machado & Diogo, 2017, p.44).

3.2. Mutismo Seletivo

O Mutismo Seletivo (MS) foi descrito inicialmente por Kussmaul em 1877 como *afasia voluntária* e, aproximadamente 60 anos mais tarde, em 1934, Moritz Tramer cunhou o termo *mutismo eletivo*. Ambas as nomenclaturas enfatizavam uma presumível recusa voluntária em comunicar verbalmente com a maioria das pessoas, explicada por tentativas de manipulação. Até finais do século XX, o MS era considerado um tipo de Perturbação de Desafio e Oposição e somente com a atualização do DSM pela APA em 1994 (DSM-IV), este conceito sofreu alterações, com a substituição do termo eletivo para *seletivo*, de forma a desenfatizar os aspetos voluntários da mudez, sendo classificado numa categoria inespecífica – Perturbações geralmente diagnosticadas pela primeira vez na infância ou na adolescência. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD), na sua 10ª edição, continuou a utilizar o termo mutismo eletivo, classificando esta condição numa categoria heterogénea designada “Perturbações no funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência” (Smith-Schrandt & Ellington, 2018; Kristensen, Oerbeck & Manassis, 2019; Rozenek, Orlof, Nowicka, Wilczyńska & Waszkiewicz, 2020; Muris & Ollendick, 2021)

Desde então, a ausência da fala no MS não é percebida como uma intenção voluntária, reconhecendo-se que o mutismo apenas surge em certas circunstâncias (p.e. escola). O MS foi incluído na secção das Perturbações da Ansiedade no DSM-V com base nas pesquisas crescentes das últimas décadas, que evidencia a associação entre este e as perturbações da ansiedade no geral, e a perturbação de ansiedade social (PAS) em particular. A categorização e rotulagem prévias da condição refletem uma mudança na compreensão da natureza desta perturbação (Smith-Schrandt & Ellington, 2018; Rozenek *et al.*, 2020).

A incapacidade em falar foi previamente atribuída a trauma, disfunção familiar ou desvio intencional. Apesar da crença que uma parentalidade pobre estaria na base do MS, esta hipótese já foi altamente rejeitada, enquanto os mitos acerca do trauma e da oposição estão ainda em dissipação mais lenta. A maior parte das crianças com MS não experienciou trauma, no entanto, existe registo de experiências negativas (p.e. ser alvo de represálias pelos pares dada a sua fala ou de repreensão por um professor). Uma vez que as crianças não acedem ao pedido dos adultos para falar ou participar em determinada atividade, estes podem perspetivar a criança como opositiva, porém, este comportamento não se traduz em obstinação, mas sim em ansiedade. Na verdade, crianças com MS têm vontade de brincar com os pares, partilhar as suas ideias e interagir, mas não são capazes devido à sua ansiedade debilitante (Smith-Schrandt &

Ellington, 2018). Ademais, a ideia geralmente aceite é que o comportamento prototípico de não falar das crianças com esta perturbação é alimentado pelo medo e apreensão que surge predominantemente em situações sociais específicas (Muris & Ollendick, 2021).

Os últimos 20 anos de estudos sobre o MS trouxe, em particular, uma evidência clara de que a ansiedade é a característica mais distinta no MS, facto que se encontra ilustrado não só no DSM-V assim como na ICD-11. Em anos recentes, a teoria baseada no desenvolvimento psicopatológico que enfatiza o papel de múltiplos fatores na etiologia do MS emergiu como a teoria etiológica líder. Estes fatores (p.e. inibição comportamental, perturbações do desenvolvimento coexistentes) são muitas vezes fundamentais para o desenvolvimento de ansiedade, reforçando a relevância do componente da ansiedade no MS. Porém, não é claro se o MS é uma perturbação da ansiedade primária ou uma forma aprendida de comportamento de evitação (Rozenek *et al.*, 2020).

O termo *mutismo* designa a falta de contacto verbal na ausência de um dano no centro da fala; *seletivo*, neste cenário, denota que a incapacidade para falar ocorre apenas em determinados ambientes sociais (p.e. escola) ou perante algumas pessoas, enquanto noutros ambientes, como em casa, junto de membros próximos da família, a criança não experiencia tal incapacidade e não apresenta sintomas de mutismo (Rozenek *et al.*, 2020; Muris & Ollendick, 2021).

O MS é uma condição da infância relativamente rara, caracterizada por uma falta persistente da fala em situações sociais onde é expectável falar (p.e. jardim de infância e escola) enquanto se é capaz de usar a linguagem livremente noutras situações (p.e. em casa) (Kristensen *et al.*, 2019; Muris & Ollendick, 2021; Melfsen *et al.*, 2022). Ao depararem-se com outras pessoas em interações sociais, as crianças com MS não iniciam a fala nem respondem reciprocamente quando abordadas por outros, sendo que esta ausência de fala ocorre tanto em interações sociais com crianças como com adultos. Em contrapartida, estas crianças falarão em casa na presença de familiares próximos, mas muitas vezes não falarão perante amigos significativos nem familiares de segundo grau, como avós ou primos (APA, 2013).

Além da ausência da fala, algumas crianças não emitem outros sons como riso, choro ou tosse, ou usam gestos como acenar com a cabeça e apontar. Existe uma grande variação na sintomatologia, desde crianças que, apesar da falta da fala são capazes de comunicar e brincar com os pares recorrendo a gesticulação e linguagem corporal, à criança “congelada” que fica a observar os outros brincar (Kristensen *et al.*, 2019).

As crianças com MS falam confortavelmente, e por vezes até alto, com entusiasmo ou excessivamente em casa. Podem ser tomadas como tímidas antes da entrada para a escola, mas na maioria dos casos, sinais e sintomas de MS estão presentes no jardim de infância ou até antes. Muitos pais descrevem uma resposta de congelamento ou um olhar assustado quando é solicitado à criança que fale. Esta preocupação parental faz com que os profissionais descartem a hipótese inicial de timidez (Smith-Schrandt & Ellington, 2018; Kristensen *et al.*, 2019).

Esta perturbação caracteriza-se geralmente por alta ansiedade social, assistindo-se a uma recusa em falar na escola, que leva a prejuízos académicos ou educacionais, já que os professores muitas vezes têm dificuldade em avaliar determinadas capacidades (p.e. leitura). A falta de fala pode interferir na comunicação social, apesar das crianças com MS utilizarem por vezes meios não verbais (como grunhidos, apontar, escrever) para comunicar e possam estar dispostas ou ansiosas para participar em encontros sociais nos quais não é necessário falar. Existem diferentes características associadas ao MS: timidez excessiva; medo da vergonha social; isolamento e retraimento social; comportamento compulsivo; negativismo; episódios de raiva ou leve comportamento de oposição (APA, 2013).

As crianças com MS apresentam um temperamento inibido, o que no caso do MS se traduz num estilo comportamental semelhante à inibição comportamental, que significa que novos estímulos (locais, pessoas, objetos) induzem precaução e medo excessivos, resultando numa evitação excessiva dos mesmos. Durante o período pré-escolar isto pode manifestar-se pelo evitamento do contato verbal com estranhos, assemelhando-se ao comportamento de crianças com MS. A timidez, i.e., a tendência de se sentir inquieto e tenso durante encontros sociais, especialmente com desconhecidos, pode ser vista como um aspeto social da inibição comportamental (Rozenek *et al.*, 2020).

Algumas crianças com MS apresentam comportamentos de desafio e oposição, entre elas, teimosia, irritabilidade ou conflito, mas desde que o conceito *eletivo* foi eliminado do MS, os comportamentos não são considerados importantes na base desta perturbação (Rozenek *et al.*, 2020).

O MS é uma perturbação relativamente rara e a sua prevalência ainda não está bem estabelecida. Os estudos de prevalência existentes conduzidos nos últimos 20 anos variam consideravelmente com estimativas entre os 0.03% e os 2%. A inconsistência nestes resultados pode ser atribuída às diferenças nas amostras, idade, informadores, critérios de diagnóstico e procedimentos (Kristensen *et al.*, 2019; Muris & Ollendick, 2021). Uma vez que as crianças se tornam seletivamente mudas no meio escolar, os estudos epidemiológicos mais confiáveis

parecem ser aqueles que se baseiam nos relatórios dos professores (Rozenek *et al.*, 2020). Correspondendo às perturbações da ansiedade em geral, a literatura geralmente afirma que o MS é mais prevalente em raparigas do que em rapazes, tal como ocorre também em amostras clínicas. No entanto, existem vários estudos clínicos com um rácio de género mais equilibrado, pelo que a premissa anterior não está empiricamente bem estabelecida (APA, 2013; Kristensen *et al.*, 2019; Rozenek *et al.*, 2020). O MS é mais provável manifestar-se em crianças pequenas do que em adolescentes e adultos (APA, 2013; Kristensen *et al.*, 2019). No estudo de Rozenek *et al.* (2020), existem ainda dados acerca da ocorrência de MS na família e referência à observação de maior incidência em crianças bilingues.

O início do MS ocorre em regra antes dos 5 anos de idade, mas pode não chamar a atenção clínica até ao início da escola, onde se verifica um aumento da interação social e em tarefas de desempenho, como a leitura em voz alta. A sua persistência é variável – embora relatórios clínicos sugiram que muitas crianças/adolescentes superam o MS, o seu curso longitudinal é desconhecido. Algumas crianças continuam a demonstrar a mudez prototípica associada à perturbação; noutras assiste-se a uma mitigação gradual do comportamento seletivo de não falar, com permanência contudo dos sintomas de reticência e ansiedade social, especialmente em pessoas com PAS (APA, 2013; Muris & Ollendick, 2021).

Para estabelecer formalmente o diagnóstico, os sistemas de classificação atuais presumem que é necessário que o comportamento seletivo de não falar esteja presente durante pelo menos um mês, não devendo este ser atribuído à falta de conhecimento ou desconforto com a língua falada na situação social em específico, observando-se ainda interferências significativas com o funcionamento diário na escola, trabalho e/ou vida social. Além disso, é imprescindível uma avaliação minuciosa em relação aos diagnósticos diferenciais, não devendo este quadro ser melhor explicado por uma perturbação da comunicação e não ocorre exclusivamente durante a evolução de uma Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), esquizofrenia ou outra perturbação psicótica ou do desenvolvimento intelectual (APA, 2013; Kristensen *et al.*, 2019; Rozenek *et al.*, 2020; Muris & Ollendick, 2021; Melfsen *et al.*, 2022). A ansiedade social e a evitação social na PAS podem estar associadas ao MS e, nestes casos, ambos os diagnósticos podem ser dados (APA, 2013).

Frequentemente, o diagnóstico é efetuado após entrada para a escola, berçário ou jardim de infância (Melfsen *et al.*, 2022), dada a emergência das primeiras grandes dificuldades sociais e educacionais que a criança enfrenta. Para muitas crianças saudáveis, o primeiro contato com o ambiente escolar pode ser stressante o suficiente para que apresentem temporariamente

caraterísticas de MS (Rozenek *et al.*, 2020). O diagnóstico deve ser baseado numa combinação de entrevista com os pais, encontro com a criança e informações dos professores (Kristensen *et al.*, 2019). Um diagnóstico precoce conduz a intervenções mais oportunas e previne os efeitos a longo prazo (Smith-Schrandt & Ellington, 2018).

Quando falamos em MS devemos ter em consideração algumas circunstâncias especiais. Crianças em famílias que imigraram para um país onde se fala um idioma diferente podem recusar falar o novo idioma devido à falta de conhecimento da língua. Se a compreensão do novo idioma for adequada, mas a recusa em falar persistir, um diagnóstico de MS pode ser justificado (APA, 2013).

Segundo a APA (2013), existem diferentes fatores de risco e de prognóstico para o MS: fatores de risco temperamental, fatores ambientais e fatores genéticos e fisiológicos. Os primeiros não são bem identificados. A afetividade negativa (neuroticismo) ou a inibição comportamental podem desempenhar um papel importante, assim como antecedentes parentais de timidez, isolamento e ansiedade social. Crianças com MS podem apresentar ténues dificuldades de linguagem receptiva em comparação com os pares, embora a linguagem receptiva ainda esteja dentro da faixa normal. No que respeita aos fatores ambientais, a inibição social por parte dos pais pode servir como modelo de reticência social e MS em crianças. Além disso, os pais destas crianças foram descritos como superprotetores ou mais controladores do que os pais de crianças com outras perturbações da ansiedade ou saudáveis. Devido à significativa sobreposição entre o MS e a PAS, pode haver fatores genéticos compartilhados entre essas condições.

O desenvolvimento do MS é ainda pobremente entendido, mas vários autores em décadas recentes argumentam uma etiologia multifatorial num modelo diátese-stress. Em termos clínicos, muitas vezes é adequado abordar fatores de vulnerabilidade, de desencadeamento e de manutenção da psicopatologia (Kristensen *et al.*, 2019).

O MS ocorre em famílias, sugerindo que fatores genéticos podem desempenhar um papel na sua origem. A investigação encontrou consistentemente elevadas taxas de MS, PAS e sintomas associados à ansiedade social em pais e irmãos, bem como familiares de segundo e terceiro grau de crianças com MS (Kristensen *et al.*, 2019).

A frequente ocorrência de MS na família impulsionou os investigadores a identificar genes associados a esta perturbação, concluindo-se que o polimorfismo do gene CNTNAP2 (*contactin associated protein 2*) está associado a um maior risco de manifestação de MS durante a infância, bem como a maior risco de experienciar ansiedade social na vida adulta. Este é um

gene que codifica uma proteína da família da neurexinas que medeia interações entre os neurónios e a glia no cérebro em desenvolvimento. Polimorfismos neste gene podem exercer um efeito pleiotrópico, predispondo a várias perturbações do neurodesenvolvimento (Rozenek *et al.*, 2020).

A influência que os pais exercem sobre a criança podem também predispor ao MS. Se uma criança mimetizar o padrão de comportamento evitante dos pais, isto pode induzir ou aumentar o seu próprio comportamento de evitação, incrementando a probabilidade da manifestação do mutismo ou exacerbar os sintomas numa criança previamente diagnosticada. Além disso, em famílias onde estão presentes perturbações da ansiedade as crianças tendem a ser excessivamente apegadas aos pais e sujeitas a um controlo parental desmedido. Importa salientar que na teoria sistémica familiar do MS, um controlo parental neurótico conduz a um apego excessivo da criança à figura parental, o que resulta no desenvolvimento de uma co-dependência na relação pai(s)-criança, que se manifesta na falta de confiança face ao ambiente extrafamiliar. A criança experiencia ansiedade, incluindo medo da comunicação verbal, que se manifesta como mutismo (Rozenek *et al.*, 2020).

Para além disto, é pertinente acrescentar que alguns dos fatores podem predispor a manifestações do MS no primeiro contacto com o ambiente escolar. Crianças diagnosticadas com MS são muitas vezes qualificadas para programas do ensino especial devido aos problemas de comunicação e ao atraso no desenvolvimento da fala. Pode então deduzir-se que os défices comunicacionais resultam em dificuldades na aprendizagem e, com o tempo, em défices educacionais. Devido à evitação da fala manifestada na escola, estes défices não são divulgados e não expõem a criança a emoções negativas. As crianças com MS são geralmente percebidas como mais desconfortáveis durante o contato com os pares e tendem a ter dificuldades em criar amizades ou integrar grupos sociais, fatores que podem ser promotores de rejeição e *bullying*, o que pode por si só agravar a condição da criança com MS, aumentando o nível de ansiedade experienciada (Rozenek *et al.*, 2020).

Rozenek *et al.* (2020) acrescentam que outra questão igualmente relevante é o *status* de imigrante. A causa podem dever-se às diferenças culturais e à discriminação em relação aos imigrantes, que é uma fonte frequente de ansiedade em crianças em sociedades de minorias étnicas.

O temperamento está envolvido no desenvolvimento da psicopatologia em crianças no geral. Relativamente a perturbações da internalização, vários estudos concluíram que a inibição comportamental na infância, uma característica do temperamento caracterizada pela reatividade

com medo à novidade, prediz perturbações da ansiedade no geral e perturbação de ansiedade social em particular. Devido à próxima relação entre o MS e a ansiedade social e ao facto de que a falta de espontaneidade da fala na presença de adultos desconhecidos é uma característica do comportamento inibitório, diversos autores sugerem que a inibição comportamental pode ser um fator etiológico relevante do MS (Kristensen *et al.*, 2019).

Diferentes fatores do neurodesenvolvimento e neurofisiológicos foram associados ao MS, variando desde subtis défices na linguagem, cognição e motricidade até anormalidades eletroencefalográficas e várias síndromes genéticas, sistema neural auditivo aberrante e desregulação do sistema nervoso autónomo, mas até o momento o papel destes fatores na etiologia do MS permanece sugestivo (Kristensen *et al.*, 2019).

Teoricamente, o estilo de parentalidade é frequentemente descrito como um fator importante no desenvolvimento de perturbações de ansiedade em crianças. Empiricamente, a associação é consistentemente confirmada, mas verificou-se ser modesta, com estilos específicos como o controle parental sendo mais importante do que a rejeição parental (Kristensen *et al.*, 2019).

Poucos estudos se focaram em fatores desencadeantes do MS. Basicamente, não há uma distinção clara entre fatores etiológicos e de manutenção, mas clinicamente faz sentido tentar identificar possíveis fatores de manutenção e abordá-los no planeamento de intervenções (Kristensen *et al.*, 2019).

Autores argumentaram que o mutismo no MS é uma forma de regular emoções fortes e, como tal, representa uma estratégia bem-sucedida de evitação. Curiosamente, ao avaliar a atividade eletrodérmica durante tarefas de desempenho, as crianças com MS apresentaram menor estimulação fisiológica do que as crianças com perturbação de ansiedade social, fundamentando a hipótese de o mutismo ser uma estratégia eficaz de evitação (Kristensen *et al.*, 2019).

Conforme mencionado nos fatores familiares, alguns estudos têm demonstrado um aumento do controlo parental em famílias com crianças com MS, o qual pode manifestar-se quando os pais substituem a fala da criança em situações sociais, numa tentativa de as apoiar. No entanto, assumir a comunicação também priva a criança da oportunidade de falar. Este fenómeno não se restringe aos pais, sendo também comum entre professores e pais. Pressionar a criança a falar é um perigo comum ao tentar ajudar crianças com MS. Os pais relatam frequentemente tentativas malsucedidas de fazer a criança falar pela promessa de presentes; assim como os professores, que podem admitir que, por desespero, procuram forçar a criança a

falar através de ameaças com várias sanções negativas. Por outro lado, existem outras ações, como uma atitude de "esperar e ver" ou "ele/ela vai ultrapassar isto", que são também comuns entre membros da família e profissionais da escola e que podem protelar a intervenção (Kristensen *et al.*, 2019).

Finalmente, a falta de resposta da criança muda perturba a fluência automática da comunicação e pode por vezes criar várias fortes reações no interlocutor. Alguns professores relatam que a mudez leva a um questionamento intenso da criança, apesar da falta de resposta; outros tornam-se silenciosos e afastam-se da comunicação com a criança. Sentimentos de impotência e raiva também são frequentemente reconhecidos e podem colocar tensão a criança sob tensão e impedir um ambiente facilitador para a comunicação (Kristensen *et al.*, 2019).

No geral, a etiologia do MS é melhor compreendida como multifatorial, com uma interação complexa entre várias vulnerabilidades inatas e fatores ambientais numa perspetiva de desenvolvimento. Embora o comportamento inibitório, os sintomas de ansiedade social e um início precoce sejam sintomas centrais desta condição, atualmente parece mais provável que existam diferentes caminhos diferentes para o desenvolvimento desta psicopatologia. De forma a esclarecer mais meteticulosamente a etiologia do MS, são necessários estudos prospetivos e genéticos (Kristensen *et al.*, 2019).

A avaliação da fala, linguagem e da capacidade académica é essencial na avaliação de crianças com MS. Frequentemente existe uma ideia equivocada comum de que as crianças mudas não podem ser testadas devido à falta de resposta verbal. No entanto, se lhe for explicado que não precisa falar e que pode escolher o modo de resposta (acenar com a cabeça, apontar, escrever, sussurrar ao ouvido de um pai), a maioria das crianças com MS colabora bem (Kristensen *et al.*, 2019).

O MS pode resultar em prejuízo social, já que as crianças podem estar demasiado ansiosas para se envolver em interação social recíproca com outras crianças. À medida que estas crianças amadurecem, podem enfrentar um aumento do isolamento social. Em ambientes escolares, pode também verificar-se prejuízo académico, pois muitas vezes não comunicam com os professores sobre as suas necessidades académicas ou pessoais. É comum ocorrer um prejuízo grave no funcionamento escolar e social, incluindo o resultado de provocação por parte dos colegas. Em certas ocasiões, o MS pode servir como uma estratégia compensatória para diminuir a estimulação ansiosa em encontros sociais (APA, 2013).

A incapacidade associada ao MS aparece frequentemente no momento de entrada para a escola, verificando-se por uma séria dificuldade na socialização ou no próprio processo escolar. Os professores podem ser incapazes de avaliar o funcionamento académico, particularmente, a leitura e a linguagem. Os pais podem ficar preocupados quando observam os seus filhos a brincar sozinhos no recreio. Com o passar do tempo, esta incapacidade pode aumentar e comprometer o progresso das capacidades sociais e a aprendizagem. Pode ocorrer desenvolvimento de sintomatologia depressiva dado o peso da ansiedade, do isolamento ou da rejeição dos pares. Nos adolescentes, o MS pode manifestar-se de forma menos premente: podem falar com amigos, mas apenas fora da escola, ou responder mínima, silenciosa e lentamente às perguntas dos professores, mas não fornecer informação ou colocar questões voluntariamente (Smith-Schrandt e Ellington, 2018).

A ausência da fala prejudica a capacidade de aprendizagem, influenciando os ganhos educacionais da criança. Crianças com MS podem cumprir adicionalmente critérios de diagnóstico de perturbações da comunicação. Em situações específicas, as crianças, ao invés de utilizarem a fala, podem tentar comunicar de forma não-verbal, através de gestos ou acenando com a cabeça, contudo, isto não é transversal a todas as crianças com este diagnóstico. É importante salientar que ainda que os sintomas do mutismo possam diminuir com a idade, por vezes persistem padrões de comportamento desajustados (Rozenek *et al.*, 2020).

As crianças com MS demonstram taxas aumentadas de comportamento de oposição, défices na comunicação ou fala e outros diagnósticos da ansiedade. Apesar do MS encontrar as suas raízes na ansiedade, o comportamento de desafio e oposição pode assumir-se como uma comorbidade se se verificar uma desobediência para além das situações que implicam falar. Dificuldades iniciais na fala podem contribuir para o MS, especialmente em crianças com predisposição para a ansiedade, contudo, a maior parte das crianças com MS não tem problemas na fala (APA, 2013; Smith-Schrandt & Ellington, 2018)

O diagnóstico concomitante mais frequente é a PAS, podendo até o MS ser considerado como uma variante precoce ou extrema de fobia social, uma vez que as crianças com MS podem até demonstrar capacidades sociais inferiores àquelas a quem foi diagnosticado fobia social. O silêncio é uma estratégia de *coping* evitativa que diminuiu a ansiedade social a curto prazo, mas que com o tempo intensifica a ansiedade até um comprometimento clínico. Não obstante, nem todas as crianças com MS cumprem também os critérios para fobia social (Smith-Schrandt & Ellington, 2018). Em termos de comorbilidade, segue-se o diagnóstico de perturbação de ansiedade de separação e fobia específica (APA, 2013), havendo ainda referência a

perturbações ou atrasos do desenvolvimento (Kristensen *et al.*, 2019; Rozenek *et al.*, 2020; Melfsen *et al.*, 2022). Outras perturbações psiquiátricas como Perturbação Obsessivo-compulsiva, perturbações dissociativas, depressão, perturbação de pânico, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ou Síndrome do X frágil também podem ocorrer em crianças com MS (Rozenek *et al.*, 2020).

Uma vez que as crianças e adolescentes com MS não são capazes de comunicar em certas ocasiões, elas enfrentam várias consequências negativas (p.e. não ser capaz de exprimir verbalmente os seus desejos e necessidades), sendo a expressão das emoções uma das tarefas mais exigentes, o que levanta a questão de como é que estas crianças e adolescentes regulam as suas emoções (Melfsen *et al.*, 2022).

Como já vimos, a capacidade para regular emoções é uma tarefa de desenvolvimento fundamental na infância e adolescência associada ao funcionamento socioemocional e cognitivo. É evidente que as perturbações da ansiedade trazem consigo experiências emocionais aumentadas e intensas, o que podem também ser observado em crianças e adolescentes. Aplicar estratégias disfuncionais de regulação emocional pode reduzir emoções negativas por curto período, porém, a longo prazo, isto pode fortalecer a frequência e intensidade do comportamento desadaptativo. Numerosos estudos demonstram que défices na regulação emocional são decisivos para o desenvolvimento e manutenção de perturbações da ansiedade. Nestas psicopatologias, estratégias cognitivas são características da regulação emocional – crianças ansiosas tendem a ruminar, culpabilizar-se a si mesmas, catastrofizar, mostrar menor capacidade de reavaliação, procurar maior ajuda dos outros, evidenciar reduzida atenção e extra regulação de emoções negativas (Melfsen *et al.*, 2022).

Crianças e adolescentes com MS demonstram não só uma incapacidade para falar e comportamento congelante fora de casa, como também afetos e comportamentos fora de controlo em casa. Quer isto dizer que no MS a desregulação emocional pode ser um fator preponderante para a manutenção da perturbação. Dado o crescendo de autonomia para a regulação emocional com o desenvolvimento, como vimos anteriormente, o início precoce do MS pode ter efeitos prejudiciais marcados no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional (Melfsen *et al.*, 2022).

Podem assumir-se variadas inter-relações entre o MS e a regulação emocional. Por um lado, o MS pode influenciar o desenvolvimento da regulação emocional devido à falta de linguagem. Geralmente, crianças entre os 3 e os 8 anos adquirem conhecimento metacognitivo acerca das emoções e respetiva regulação, compreendendo progressivamente que as emoções

podem ser modificadas através do uso de estratégias direcionadas. Por esta idade, a função de controlo da linguagem também se desenvolve para facilitar o afastamento ao contexto situacional dominante e ativar um impulso subdominante de acordo com o objetivo que guia a ação. Estudos mostram correlações positivas entre a capacidade da fala e a competência regulatória emocional. Muito importante para este processo é o desenvolvimento de linguagem verbal e do discurso emocional (Melfsen *et al.*, 2022).

As crianças utilizam a linguagem como forma de influenciar o seu ambiente. Capacidades linguísticas estão positivamente correlacionadas com a capacidade da criança em usar a distração numa situação frustrante. Contudo, numa criança com MS, a utilização da linguagem com vista a influenciar o seu ambiente é limitada ou impossível em algumas ocasiões. Devido à sua exposição contínua de não ser capaz de falar em situações específicas, o MS pode afetar o desenvolvimento da regulação emocional. A experiência de ser seletivamente bloqueado condiciona as suas experiências de serem capazes de regular o seu próprio comportamento, incluindo a regulação emocional. Assim, um bloqueio da fala pode ser um fator causal potencial para défices na regulação emocional (Melfsen *et al.*, 2022).

Por outro lado, o MS pode ser uma estratégia para regular a estimulação emocional. Não falar pode representar uma estratégia de evitamento adotada por crianças com MS de forma a regular uma estimulação fisiológica extrema, reduzindo assim o sofrimento emocional e fisiológico (Melfsen *et al.*, 2022).

A forma como as crianças e adolescentes regulam as suas emoções está intimamente relacionada com o seu bem-estar. A gestão desajustada das emoções afeta negativamente o desenvolvimento das crianças e pode ser determinante no desenvolvimento subsequente de problemas emocionais. Consequentemente, a capacidade de controlar a sua expressão emocional e emoções é essencial para uma adaptação social e psicológica saudável (Melfsen *et al.*, 2022).

O estudo de Melfsen *et al.* (2022) tem por objetivo investigar as estratégias de regulação emocional no MS, com especial interesse em compreender se as crianças com este diagnóstico apresentavam uma utilização inferior de estratégias adaptativas como ação orientada para um problema, dispersão e elação do humor. Por outro lado, os autores (2022) assumem que estratégias desadaptativas, de que são exemplo a desistência, o abandono, a auto-desvalorização e a perseverança seriam utilizadas com maior frequência. Concluíram que a procura de ajuda se revela como uma das estratégias mais utilizadas.

As estratégias de regulação emocional são adaptativas quando se focarem na gestão de situações indutoras de stress, i.e., apesar do elevado nível de stress, as estratégias conduzem a um processamento adequado de informação, mantendo a autoestima do próprio e os relacionamentos com os outros. De forma geral, Melfsen *et al.* (2022) não encontraram discrepâncias major entre as crianças com MS e o grupo de controlo, contudo, as primeiras evidenciaram menor capacidade para resolução de problemas orientada para o problema (que significa um comportamento ativo na situação desencadeadora do problema), adotando um comportamento contrário, de congelamento, caraterístico do MS. Para além disto, as crianças e adolescentes com MS mostraram ainda uma resolução de problemas cognitiva menos adaptativa. No que respeita à dispersão e à elação do humor, não se encontraram diferenças significativas entre o grupo de controle e o grupo com MS.

As estratégias de regulação emocional desadaptativas podem ser definidas como aquelas cujo foco não é a situação que induz stress, ocorrendo então um processamento inadequado de informação, com prejuízo a nível da autoestima e das relações com as outras pessoas. No estudo em questão, as crianças e adolescentes com MS não demonstraram um valor global significativamente superior de estratégias desadaptativas, porém, em comparação ao grupo de controle, registou-se maior referência à utilização do abandono como estratégia de regulação emocional, o que vem confirmar a hipótese de que o MS não só bloqueia a fala como também a ação (Melfsen *et al.*, 2022). Esta reação corporal não pode ser controlada de acordo com a vontade do sujeito, o que tem um efeito direto na regulação emocional. À exceção disto, o grupo com MS não evidenciou maior auto-desvalorização ou perseverança do que o de controle.

Posto isto, e essencialmente devido ao início precoce do MS, importa contemplarmos com especial atenção a regulação interpessoal das emoções (co-regulação), que poderá até ser mais importante e benéfica do que a regulação intrapessoal (autorregulação) (Melfsen *et al.*, 2022).

Apesar do MS não ser a perturbação da ansiedade mais comum, este pode ser emocional e socialmente incapacitante, com efeitos nefastos também a nível escolar. A ausência de tratamento pode resultar num comprometimento contínuo, incrementando o risco de outras perturbações mentais. A compreensão do MS está pautada por mitos e atrasada pela pobreza da investigação a si dedicada. O campo da psicologia clínica começou a desenvolver escalas padronizadas e a identificar tratamentos empiricamente fundamentados. Os enfermeiros de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica podem ter impacto na evolução do MS de diferentes maneiras, quer para as crianças quer para as suas famílias. De forma geral, a sua intervenção

pode contemplar: aumentar a consciencialização; identificar precocemente o MS; promover psicoeducação; e tratar o MS de forma apropriada (Smith-Schrandt e Ellington, 2018).

Nas últimas décadas, o número de ensaios controlados aleatorizados (RCT) que testam intervenções para as perturbações de ansiedade na infância cresceu consideravelmente, gerando várias meta-análises. Em comparação com a base de conhecimento atual, a literatura de tratamento para o MS é escassa tanto quantitativa quanto qualitativamente. Tradicionalmente, o MS é considerado difícil de tratar e a literatura sobre o tratamento tem sido dominada por relatos de casos. As várias intervenções descritas nesses relatos refletem a orientação teórica dos terapeutas e a concetualização da perturbação, variando da ludoterapia psicanalítica e terapia familiar a intervenções comportamentais (Kristensen *et al.*, 2019).

Junto com a concetualização do MS como uma perturbação de ansiedade, tem havido um aumento crescente na implementação de abordagem comportamentais e cognitivo-comportamentais para ajudar crianças com MS – dado ilustrado pelas três revisões narrativas que cobrem a literatura de tratamento dos últimos 45 anos. Entre os estudos que utilizam uma modalidade comportamental ou cognitivo-comportamental, uma grande variedade de técnicas tem sido aplicada. Verificou-se, p.e., a combinação de duas abordagens: comportamental e sistémica (como psicoeducação, consulta e treino de competências em adultos), com uma gama variada de estratégias comportamentais, entre elas, a gestão de contingência, o ensaio de novos comportamentos, a exposição hierárquica e a dissipação de estímulos (Kristensen *et al.*, 2019).

O tratamento padronizado do MS assemelha-se às formas de tratamento mais eficazes e mais frequentemente utilizadas noutras perturbação da ansiedade na infância: a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e a farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) – empregadas de forma isolada ou combinada. Estas terapias têm visam possibilitar a fala em situações que a criança manifeste sintomas de mutismo (Rozenek *et al.*, 2020).

Com o conhecimento de que o MS é principalmente um problema desencadeado pelo medo e ansiedade, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é geralmente reconhecida como a intervenção mais viável para crianças com esta perturbação (Muris e Ollendick, 2021). O objetivo da TCC é modificar padrões de comportamentos e pensamentos. Devido ao facto do contato entre o terapeuta e uma criança seletivamente muda poder ser conturbado, é recomendado que os métodos psicoterapêuticos sejam adaptados de forma adequada no sentido de assegurar que este contato é o melhor possível. Muitos investigadores concordam que esta está a tornar-se no tratamento de escolha para crianças com MS (Rozenek *et al.*, 2020).

No fundo, a TCC para o MS consiste nos mesmos componentes englobados neste tipo de intervenção dirigida a outras perturbações da ansiedade, nomeadamente: psicoeducação (definir o MS como uma expressão da ansiedade, especificamente da ansiedade social); treino fisiológico, pela respiração e relaxamento muscular; treino comportamental – gestão de contingência, exposição hierárquica, modelagem, ensaio de novos comportamentos e dessensibilização gradual; treino cognitivo, através da conversa interna positiva e da reestruturação cognitiva; e treino parental, no qual se objetiva promover as capacidades dos pais na assistência à criança e progressivamente descontinuar os comportamentos de mutismo (Muris e Ollendick, 2021).

Desde 1980 que intervenções no âmbito da TCC para o MS foram sempre as mais populares em ambientes de pesquisa; além disso, durante a última década, quase nenhum estudo de intervenção foi encontrado que não incluísse estratégias como o reforço, a exposição e a reestruturação cognitiva. Muris & Ollendick (2021), acrescentam ainda que é também claro que os investigadores se focaram menos no tratamento psicodinâmico do MS, ganhando um interesse crescente na abordagem sistémica.

Intervenções firmadas na TCC são certamente a opção de primeira linha no tratamento do MS e este é um facto assente no campo da investigação, porém, isto não implica automaticamente que também seja verdade para a prática clínica, já que muitos médicos continuam a confiar em intervenções baseadas na psicodinâmica, tais como a terapia pelo brincar (ludoterapia), ao lidar com crianças com MS (Muris & Ollendick, 2021). Estes autores reforçam que, apesar da importância da ludoterapia, especialmente no trabalho com crianças pequenas em que este método é valioso, é altamente recomendável, dada a evidência empírica existente, incorporar elementos da TCC nessa intervenção.

Para outras perturbações da ansiedade infantis, a farmacoterapia, e em particular o tratamento com inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), incluindo fluoxetina, mas também sertralina, é considerado uma opção de intervenção viável (Kristensen *et al.*, 2019; Muris & Ollendick, 2021). As orientações clínicas gerais é de que o ISRS estão indicados quando a TCC produz uma resposta de tratamento insuficiente, contudo, há também indicações de que a combinação da TCC com a farmacoterapia pode ser ainda mais eficaz no tratamento de perturbações da ansiedade em crianças e adolescentes do que cada uma das duas monoterapias isoladas. A investigação sobre a eficácia dos ISRS em crianças com MS é escassa, o que não é surpreendente dados os possíveis efeitos adversos deste tipo de medicação e a idade bastante jovem da maioria das crianças com este diagnóstico. Não obstante, os resultados

sugerem que os ISRS produzem uma melhoria sintomática, apesar de não ser claro de que forma as crianças alcançam a remissão total. Até à data ainda não existem dados relativos à combinação da TCC com ISRS no tratamento do MS (Muris & Ollendick, 2021).

Os ISRS são geralmente bem tolerados, com poucos efeitos secundários, ainda que seja indicada a realização de uma análise cuidadosa de risco-benefício em cada caso clínico. Os ISRS reduzem os sintomas de ansiedade associados à fala, aumentando assim a eficácia da TCC. Para além dos ISRS, os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) são também utilizados no MS, mas estes não estão recomendados dadas as reações adversas, devendo ser utilizados como última linha (Kristensen *et al.*, 2019; Rozenek *et al.*, 2020).

A farmacoterapia baseada nos ISRS (mais frequentemente Fluoxetina) e a terapia combinada estão reservadas para casos mais sérios de MS (p.e. quando a psicoterapia isolada é insuficiente) (Rozenek *et al.*, 2020).

Existem indicações de que os resultados são melhores quando as crianças com MS são tratadas numa idade mais jovem, o que leva a questionar se é ou não possível implementar intervenções precoces de forma a impedir o desenvolvimento do padrão persistente do comportamento de não falar associado a esta perturbação. Dada a forte relação entre o MS e a inibição comportamental, o temperamento é um traço que pode ser um alvo importante para esta abordagem preventiva. O traço é facilmente detetável e pode ser tratado eficazmente através de um breve programa de intervenção baseado nos pais, que visa promover a exposição, ajustar o pensamento negativo e aprimorar as habilidades sociais (Muris & Ollendick, 2021).

Refletindo a natureza heterogénea da condição, um tratamento personalizado e adaptado é necessário. Uma atitude de espera e observação deve ser evitada, isto porque as crianças mais jovens beneficiam de intervenções psicossociais e ainda porque a mudez a longo-prazo pode resultar em défices sociais e académicos significativos. Em crianças mais novas prioriza-se uma abordagem comportamental com tarefas de exposição; nas mais velhas, se apropriado, devem ser adicionadas técnicas cognitivas. Devido aos sintomas específicos no campo do MS, é imperativo que se realize psicoeducação e haja uma extensa cooperação com os pais e equipa escolar durante todo o período de tratamento. Na utilização de uma abordagem combinada com psicofarmacologia é necessário analisar cada caso de forma individual, contudo, a evidência disponível sugere que o clínico pode considerar a introdução de medicação em crianças na idade escolar, após tentativas falhadas de intervenções psicossociais, sem que se verifique uma substituição das mesmas pela farmacoterapia. No geral, ter sucesso em ajudar crianças com MS

a comunicar é raramente um processo rápido e geralmente exige muita paciência e resiliência de todos os envolvidos: a criança em si, a família, os professores e os profissionais de saúde (Kristensen *et al.*, 2019).

Muitas crianças com MS também cumprem critérios para outras perturbações coexistentes que podem ser a fonte de ansiedade e outras emoções negativas. Pode assim assumir-se conhecer a origem da ansiedade e o seu tratamento apropriado pode ser crucial para o sucesso terapêutico. Os autores de estudos sobre o MS recomendam uma abordagem multimodal para esta perturbação, que considere a inclusão de psiquiatras, psicólogos, terapeutas da fala e outros especialistas no processo terapêutico, de forma a evitar atrasos secundários no desenvolvimento cognitivo e social da criança. O processo de diagnóstico deveria focar-se particularmente nos sintomas das perturbações da ansiedade, perturbações do neurodesenvolvimento (p.e. perturbação da fala e linguagem, PEA), défices no processamento auditivo e outras perturbações mentais (Rozenek *et al.*, 2020).

4. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este capítulo contempla uma breve caracterização do local de estágio, no sentido de esclarecer a dinâmica de trabalho acompanhada ao longo dos quatro meses de prática supervisionada, com subsequente explanação da metodologia adotada para o presente documento e respetiva justificação para essa escolha. De seguida, e considerando as diferentes etapas do processo de cuidados, apresentam-se na apreciação inicial a informação do grupo de crianças e a criança que proporcionou a escolha pela metodologia de estudo de caso. Nesta, em simultaneidade ao estabelecimento da relação de cuidado, os dados foram colhidos através de diferentes técnicas. As etapas seguintes apresentam o raciocínio clínico e exploram as possibilidades de intervenção terapêutica cuja evidência sugere poderem ser eficazes na situação clínica desta(s) criança(s) ou de outras de características semelhantes, culminando com a apresentação do processo de cuidados instituído.

4.1. Caracterização do Local de Estágio

O estágio decorreu num Centro Hospitalar da área metropolitana de Lisboa representado por um aglomerado de instituições de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. Entre elas, encontramos uma entidade que detém responsabilidade pela prestação de cuidados a crianças e adolescentes da zona sul do país e ilhas.

Há cerca de 30 anos, em 1992, na sequência da dissolução dos Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil, a área médica especializada em saúde mental infantil e juvenil, conhecida como Pedopsiquiatria, passou a ser incorporada nos hospitais pediátricos especializados em Lisboa, integração essa que ocorreu no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do hospital pediátrico em questão. Mais tarde, em 2016, a reestruturação dos hospitais centrais levou à criação da Área da Mulher, Criança e Adolescente, com consequente mudança de nome do departamento para *Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*, composto por diferentes equipas.

Em contexto hospitalar, encontramos três equipas alocadas a esta instituição do referido centro hospitalar. Essas equipas são responsáveis pelo cuidados a crianças e/ou jovens com doenças agudas ou subagudas, com quadros clínicos graves e complexos que exigem cuidados especializados e monitorização contínuas. A Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria é

destinada ao internamento de crianças e adolescentes, preferencialmente até os 14 anos, ou até os 17 anos na presença de comorbidades que necessitem de cuidados pediátricos. Nele existe também a Equipa de Ligação, que fornece apoio pedopsiquiátrico a todos os serviços de internamento pediátricos deste centro hospitalar. Por sua vez, a equipa de Pedopsiquiatria da Unidade Partilhada (entre duas entidades) atende jovens de 15 a 17 anos.

Além disso, há o Serviço de Urgência que opera de forma contínua, fornecendo atendimento de urgência externa às áreas da zona metropolitana de Lisboa e todo o sul do país. Esse serviço atende crianças e jovens até aos 17 anos de idade. Também há o atendimento de urgência interna, que presta apoio à Unidade de Internamento e outros serviços pediátricos.

Ao aprimorarmos e estreitarmos o nível de formação e cuidados especializados, deparamo-nos com a Unidade da Primeira Infância, integrada no Centro de Estudos do Bebê e da Criança, responsável pelo atendimento de bebés e crianças dos 0 aos 2 anos; uma unidade cuja prestação de cuidados é dirigida a adolescentes de 13 a 17 anos, englobando na sua composição o HD da Adolescência.

Para além destas, encontramos ainda a Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, responsável pelo atendimento a crianças com idades que variam entre os 3 e os 12 anos, em regime de ambulatório.

Existe também o Núcleo de Pedopsiquiatria Forense, responsável pela atividade clínica forense e pelo contato com os tribunais e o Instituto de Medicina Legal, que assegura a organização de todas as respostas aos pedidos de exames médico-legais.

O estágio final tomou lugar no HD que dirige a sua prática a crianças da segunda infância, com problemas de comportamento e subsequente impacto em diferentes esferas da sua vida, funcionando em regime de tempo parcial, com uma previsão de duração total do acompanhamento taxada para os 2 anos. O foco de tratamento incide tanto na criança, quanto nos contextos familiar e escolar, privilegiando-se assim uma abordagem sistémica.

Os cuidados a estas crianças realizam-se tendencialmente em grupo fechado, utilizando abordagens psicoterapêuticas, pelo recurso à psicomotricidade, terapia pela arte/música ou utilização de mediadores de expressão, mas também abordagens socioterapêuticas como a dramatização. No entanto, é também possível desenvolver intervenções em momento individual, especialmente se a criança não apresentar critérios para integração num grupo.

Os grupos comportam até cinco elementos e apresentam elevado grau de heterogeneidade: em idade, género e psicopatologia; porém, são diferenças que enriquecem o grupo e o processo terapêutico de cada criança e podem representar o início para a descoberta

de algumas semelhanças ou complementos entre os diferentes sujeitos. Pressupõe-se que o grupo receba novos membros apenas até ao final do primeiro período escolar, i.e., até dezembro, de forma a evitar a destabilização da coesão do mesmo.

A intervenção em grupo decorre durante 2h/semana, em dia e horário fixos, podendo ocorrer no período da manhã ou tarde de qualquer dia útil, à exceção da quarta-feira. Este dia é destinado à reunião intra-equipa ou inter-equipas, que habitualmente toma lugar na primeira quarta-feira de cada mês. Nesta última, procede-se à apresentação por parte de cada equipa de um projeto relacionado com o tema determinado para cada ano; nos encontros intra-equipa é possível assistir à apresentação e discussão das situações clínicas das crianças e adolescentes, por via de casos clínicos, que visa enriquecer a experiência dos profissionais que a integram e, acima de tudo, fomentar novas formas de pensar e atuar junto da criança e respetiva família, de forma que o tratamento seja o mais terapêutico possível.

Paralelamente, de forma complementar a estas dinâmicas de grupo, decorrem também os grupos de pais. Estes são semiabertos e a assiduidade para a mesma decorre numa perspetiva de cooperação cuja finalidade é facilitar o projeto terapêutico desenhado para cada criança e para estas quanto grupo, instigando assim nos cuidadores uma participação ativa no tratamento dos filhos/netos/sobrinhos. Nestes grupos procura-se criar um espaço de reflexão que possibilite o pensamento combinado acerca das dificuldades das crianças, facilitando uma maior recetividade dos cuidadores para as necessidades e sentimentos destas e um reconhecimento dos aspetos positivos do comportamento; mas também uma consciencialização dos seus próprios sentimentos negativos, assim como dos afetos negativos na relação com a criança.

Durante este estágio, e após algumas conturbações, foi-me possível participar nas diferentes tipologias descritas, sendo que a minha atuação direta tomou lugar junto do grupo terapêutico de crianças com horário estabelecido para as segundas-feiras no período da manhã e do grupo de pais que decorria às quintas-feiras, também no período da manhã. O grupo das crianças está à responsabilidade da Dra. L.C., psicomotricista de profissão, que se assume como terapeuta deste público-alvo e que, infelizmente, dada a carência de recursos humanos na área, não beneficia de um coterapeuta, papel que foi então assumido por mim (em conjunto com uma colega do Mestrado em Psicomotricidade). Já o grupo de pais está entregue à enfermeira A.C., especialista em ESMP e orientadora clínica do estágio em questão que, à semelhança da Dra. L., caminha de forma solitária na ajuda a estes pais. Cada sessão é habitualmente antecedida de um momento de interação informal entre as crianças e entre estas e as famílias e/ou os técnicos,

até o grupo estar completo ou até que o relógio marque a hora de início da intervenção; e termina com um lanche partilhado entre crianças e técnicos.

Após cada sessão, há ainda lugar para um espaço de partilha entre os técnicos, onde se discutem os achados mais relevantes que emergiram dos momentos anteriormente dinamizados. Em alguma destas reuniões é também possível contar com a presença da assistente social, Dra. P.V., que pode oferecer novos dados e contributos à conjectura apresentada.

O grupo de crianças onde tive oportunidade de intervir como coterapeuta era composto por 5 elementos: 3 do género feminino e 2 do género masculino, com uma faixa etária fixada entre os 8 e os 10 anos; apenas 2 deles tinham iniciado este processo terapêutico em grupo no ano letivo anterior. De forma a contextualizar o grupo, a sua interação e o estudo de caso que se segue, proceder-mos-emos agora a uma breve apresentação de cada um dos elementos.

G.M., ♂, 9 anos. Família nuclear: pais e irmão H. de 14 anos. Apresenta diagnóstico prévio de uma perturbação da linguagem, frequentando terapia da fala desde os 5 anos de idade. É primeiramente referenciado à pedopsiquiatria por dificuldades na interação social, resistência às tarefas escolares, com fragilidades psicológicas e emocionais relevantes; descrito como um rapaz inseguro, com muitos medos e com uma fraca capacidade simbólica. Tem a 1ª consulta da especialidade em março de 2018, tendo sido acompanhado em regime individual por diferentes técnicos. No ano letivo 22/23 é proposto para integração em terapia de grupo.

R.C., ♀, 10 anos. Tem como família nuclear os avós e o irmão D.; depende tempo com a mãe aos sábados; pais ausente, com hábitos toxifílicos. O horário escolar é das 9h às 17h30; apresentou um aproveitamento suficiente no 1º ano de escolaridade, revelando dificuldades na escrita no ano seguinte; não se conhecem amigos de referência. Referenciada por quadro de inquietação, com grande dificuldade em manter a atenção nas aulas; indisciplina; e comportamentos violentos (aparentemente secundários a discurso ameaçador de colegas). Tem a 1ª consulta de pedopsiquiatria em janeiro de 2020 e integra o grupo terapêutico do HD no ano letivo 21/22.

L.M., ♀, 10 anos. A família nuclear é composta pelos avós maternos e irmã B.; pais emigrados em França desde há 6 anos e com registo de hábitos toxifílicos; referência a uns tios maternos como família alargada com significativo vínculo à L. Em meados de 2020 é referenciada à pedopsiquiatria por quadro caracterizado por distração fácil, heteroagressividade dirigida a outros, comportamento de oposição e desafio face a regras, baixa tolerância à frustração, comportamentos disruptivos, comportamentos autolesivos e irritabilidade, havendo

ainda história de ser vítima de *bullying*. É observada pela primeira vez em agosto do mesmo ano, integrando o grupo terapêutico o no ano letivo 21/22.

G.S., ♂, 8 anos. Os pais e o irmão X. (4 anos) assumem-se como a sua família nuclear. Em janeiro de 2022 inicia acompanhamento na pedopsiquiatria por dificuldades na concentração e alterações do comportamento pautado por existência de amizades superficiais, com tendência para o isolamento social; necessidade e manutenção de rotinas rígidas; baixa tolerância à frustração; e interesse específico em comboios. Integrou o grupo terapêutico no ano letivo 22/23.

N.O., ♀, 8 anos. Família nuclear: mãe, irmão e irmã; sem relação com o pai, que está emigrado em França. A N. é a criança sobre quem incide o estudo de caso e respetiva intervenção individual, pelo que os seus dados serão pormenorizadamente explorados e dispostos no capítulo que se segue.

4.2. Metodologia de Estudo de Caso

A organização do contexto de estágio descrito condicionou, em parte, o projeto previamente pensado para implementação durante o período da prática clínica supervisionada, assim como a produção deste relatório. O facto de intervir como coterapeuta e das dinâmicas de grupo se focarem no aqui-e-agora, com o próprio grupo a decidir o rumo de cada sessão, impossibilitou o planeamento e desenvolvimento de atividades estruturadas, que incidissem sobre a intervenção numa área particular da saúde mental.

No sentido de contornar esta questão, optou-se por centrar o cuidado de enfermagem especializado com uma das crianças do grupo terapêutico, procedendo à elaboração de um estudo de caso sobre a mesma, contemplando nele todas as fases do processo de Enfermagem e fundamentando os dados com evidência científica atual e pertinente.

O estudo de caso consiste num instrumento frequentemente utilizado em Enfermagem quando se objetiva compreender, explorar e/ou descrever casos e contextos reais, nos quais estão abrangidos diferentes fatores, não como um conjunto de sinais e sintomas, mas de uma perspetiva holística (Galdeano, Rossi & Zago, 2003), comportando um “exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo)” (Feiteira & Cerqueira, 2017, p. 30).

Esta metodologia de trabalho permite ao enfermeiro uma abordagem da evidência científica, que fundamenta a sua tomada de decisão e assim contribui para a formação e o conhecimento em Enfermagem. Quer isto dizer que as publicações e os registos dos estudos de caso poderão ser utilizados como referências, em projetos vindouros e, igualmente, colaborar na melhoria do desempenho da equipa de enfermagem (Fortin, 2009).

4.3. Apresentando a N.

4.3.1. Identificação

A N.O.S.F., nascida a 26/01/2014 em Portugal, é uma criança do sexo feminino, atualmente com 8 anos e 11 meses, a frequentar o 3º ano de escolaridade. A mais nova de uma fratria de 3 irmãos, com dois irmãos jovens adultos: a A. (25 anos) e o A. (24 anos). Há ainda referência a uma irmã de 5 anos de idade, de uma relação posterior do pai, que N. não conhece. e com quem não mantém qualquer contacto.

4.3.2. Antecedentes Pessoais

Período Perinatal

N. é fruto da quinta gestação da mãe, S.P. (2 nados-vivos, 2 interrupções voluntárias da gravidez, 1 nado-vivo), cuja gravidez não foi planeada, contudo foi alvo de vigilância perinatal. Parto por fórceps às 39s+6d, com um perímetro cefálico de 36cm, 52cm de comprimento, um peso à nascença de 3970g e um Índice de Apgar de 10/10. A gravidez decorreu sem intercorrências, segundo a S. “só não podia fazer esforços” (sic).

Por impossibilidade de aleitamento materno, dado antecedente médico da mãe, fez alimentação exclusiva com leite adaptado até aos 4 meses (com suspeita de alergia à proteína do leite de vaca).

Primeira e Segunda Infâncias

a. Período pós-parto / relação precoce

É referido um internamento de 14 dias após o nascimento, num hospital da zona da grande Lisboa, por síndrome de aspiração de mecónio; foi acompanhada, no mesmo hospital, em Consulta Externa (C.E.) de Dermatologia (eczema atópico), de Imunoalergologia (sibilância recorrente) e de Gastroenterologia (alergia à proteína do leite de vaca). Atualmente, sem seguimento em qualquer uma destas especialidades.

b. Alimentação

Iniciou diversificação alimentar aos 4 meses, com papas e sopas, que, segundo a mãe “correu bem, comia tudo sem problema” (sic). Posteriormente, apresenta maior seletividade, particularmente em casa, por vezes com recusa – “é muito esquisita, só come quando lhe apetece” (sic mãe) –, acabando por se alimentar após insistência; mas também por preferências, separando os alimentos no prato, nomeadamente os legumes. Contrariamente a este padrão, na escola cumpre a alimentação na totalidade sem necessidade de intervenção. É autónoma.

c. Sono

A N. partilha o quarto com a mãe, em cama própria. Adormece sozinha, sem dificuldade. Não apresenta alterações do padrão de sono, sendo este tranquilo e, aparentemente, reparador.

d. Desenvolvimento Psicomotor

A mãe diz não se recordar com que idade a N. se começou a sentar ou gatinhar, nem mesmo quando iniciou a marcha; recorda que “rastejava e andava agarrada às coisas” (sic mãe). Atualmente, ainda que não sejam registadas alterações psicomotoras concretas, por vezes observa-se uma marcha em pontas com tensão/extensão corporal generalizada. Sem alterações sensoriais (textura, seletividade, interesses específicos).

Iniciou controlo de esfíncteres diurno e noturno com 3 anos de idade. Atualmente é autónoma em todas as fases do processo de eliminação.

A S. descreve que a N. terá iniciado a fala aos 6 meses, com as palavras “mãe” e “mamã”, e que “percebeu-se sempre bem o que dizia” (sic). Cerca dos 2 anos de idade, aquando ingresso na creche, iniciou quadro de mutismo seletivo, não falando fora de casa mesmo com a mãe e irmãos, que mantém. Segundo a mãe, a N. em casa fala muito, e canta, sempre com discurso audível e perceptível, sem dificuldades a nível da articulação ou dicção das palavras.

Na escola, comunica utilizando cartões para formar palavras, recorrendo também a gesticulação e à escrita, sendo atualmente esta a forma preferencial de expressão.

e. Socialização

No jardim de infância a N. já revelava dificuldades relacionais, com inibição no contato com os pares e adultos cuidadores e manifestação de sintomatologia ansiosa como o choro, os tremores ou cerrar os olhos.

A mãe refere ter havido no início do 1º ano alguns constrangimentos da N. relativamente aos colegas “metiam-se com ela (...) gozavam” (sic), porém, demonstra progressivo apreço pelos mesmos e gosto em ir para a escola, sem relatos de novos incidentes. Segundo a

professora, a N. fala de forma sussurrada com os colegas e, por vezes, esboça sorrisos; não mantém contacto prolongado com os colegas interagindo por períodos entre diferentes grupos; no entanto, aceita ajuda de três ou quatro colegas, de quem parece depender para comunicar.

No entanto, a mãe refere que a N. lhe conta que não brinca com os colegas, no recreio, ficando a observar a professora pela janela e relatando-lhe o seu comportamento.

f. Separações

Em junho de 2019, a mãe de N. deslocou-se até outro país europeu, levando-a consigo, com a intenção de se encontrar com o pai de N. e definirem a situação familiar. Na primeira noite pernoveram na estação de comboio; só no dia seguinte o pai ter-se-á dirigido a este local, admitindo ter outra família. Segunda a S., este episódio foi vivido num ambiente de forte conflitualidade entre o casal, tendo a N. ficado muito assustada; acabando mesmo por ser retirada de juntos destes por uma cidadã que assistiu ao sucedido. A mãe identifica esta situação como traumática para a N., que no momento chegou a verbalizar “eu já não gosto deste pai preto” (sic).

Na relação com a mãe, parece ter havido grande dependência, com choro fácil numa fase mais precoce em momentos que tinha de ficar sem a sua presença (i.e. creche/escola) – “está muito habituada a mim” (sic mãe). Atualmente mantém relação forte e preferencial com a mãe, gerindo, no entanto, de forma mais adaptativa as separações e ausências.

g. Percurso Escolar

Aos 2 anos de idade a N. integrou uma creche da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), inclusa numa freguesia desta mesma da cidade, onde permaneceu durante três anos, com os mesmos educadores. Durante esse período nunca falou na sua presença, sendo ainda referido grande dificuldade na adaptação ao jardim de infância, repetindo o mesmo comportamento a cada ano letivo – choro, com desejo de ter a mãe por perto, mas acabava por se tranquilizar, utilizando a chupeta como objeto de consolo.

Aos 6 anos de idade iniciou o 1º ciclo, estando atualmente a frequentar o 3º ano de escolaridade. Mantém a professora pelo segundo ano consecutivo – esta relata um comportamento por parte da N., em sala de aula, sugestivo de ansiedade. Habitualmente de cabeça baixa, olhar evitante, sem comunicação verbal audível, mas com sussurros junto dos pares, levando a mão à garganta ou cabeça quando ouve o seu nome. Segundo a professora, os colegas demonstram para com a N. atitudes protetoras, informando quando observam alguma alteração no seu comportamento e integrando-a nas suas brincadeiras.

Relativamente a aquisições na aprendizagem, demonstra evolução a nível da escrita e leitura, com melhoria na caligrafia, apesar de ainda apresentar alguns erros ortográficos. No que respeita à matemática, identificam-se diversas dificuldades na compreensão do mecanismo das tabuadas e operações aritméticas que não sejam pequenas somas ou subtrações. A professora procura adequar os conteúdos e modo de avaliação às necessidades da N. Sinalizou, ainda, a N. à equipa multidisciplinar de apoio à inclusão, de forma a beneficiar de medidas de apoio extraordinárias. A sua participação nas atividades escolares é irregular, dependendo da sua disposição. Realiza os trabalhos-para-casa (TPC) como solicitado, mas de forma morosa, solicitando a ajuda da mãe ou da irmã. A S. verbaliza preocupação em que a N. não seja capaz de aprender ou de completar o ensino escolar obrigatório. Há ainda registo que, em atividades mediadas pela música, se assiste a um desempenho com grande satisfação e maior facilidade.

4.3.3. Antecedentes Familiares

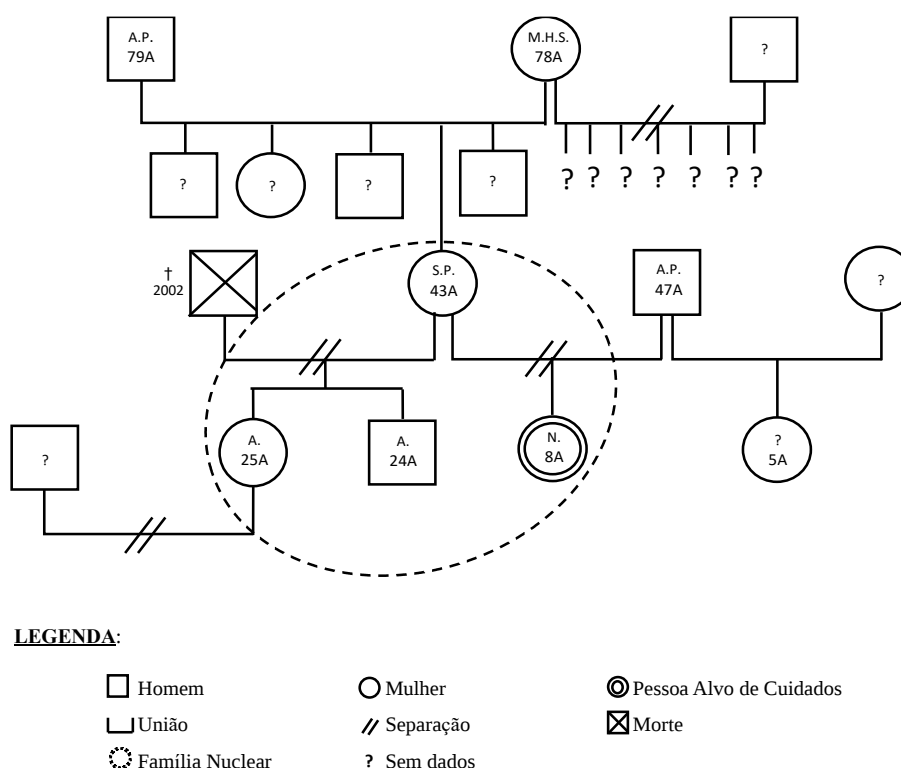


Figura 3 - Genograma

Mãe

S.M.S.P., de nacionalidade portuguesa, insere-se numa família de Portalegre constituída pelos seus pais (pai com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e tabagismo ativo; mãe com perturbação mental não diagnosticada – comportamentos disruptivos) e 11 irmãos, mantendo contacto esporádico com alguns deles, apurando-se fraca expressão de afetos entre os diferentes membros. Tem o 5º ano de escolaridade e terá vindo para Lisboa na transição para a idade adulta.

É descrita uma primeira relação marital com um homem de nacionalidade angolana, falecido em 2002, pai dos dois filhos mais velhos; e uma segunda, com A.F., pai da N., com quem já não mantém relação, tendo o último contacto sido em julho de 2019.

Relata diferentes ocupações profissionais, pouco diferenciadas (p.e. limpeza de espaço público, limpeza doméstica, etc.) e tendencialmente transitórias, tanto em Portugal, quanto noutros países europeus, sendo que a sua última atividade laboral decorreu até 2013 como elemento do apoio domiciliário da SCML. Atualmente encontra-se desempregada, sendo beneficiária de uma pensão de sobrevivência.

Em termos de antecedentes médico-cirúrgicos, destaca-se a doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cujo diagnóstico só foi conhecido na primeira gravidez de S. Medicada, mantém seguimento na C.E. de Infeciologia de um hospital da zona da grande Lisboa, com quadro clínico estabilizado.

Pai

A.F., 11º ano de escolaridade, empregado na construção civil, terá emigrado para França em 2012, vindo a Portugal cerca de 3-4 vezes por ano. Após o nascimento da N. terá ficado junto da mesma durante 1 mês, ajudando nos cuidados à criança, regressando depois ao país onde estaria a viver. Tem atualmente uma nova família nuclear, constituída por uma mulher e uma filha de ambos, atualmente com 5 anos. Sem antecedentes médico-cirúrgicos conhecidos.

Irmãos

Como anteriormente referido, a N. tem dois irmãos mais velhos.

A A. tem 25 anos, 12º ano. Trabalhou na restauração, tendo ficado recentemente desempregada por motivo de doença. É portadora de HIV, por transmissão vertical, sendo, à semelhança da mãe, seguida em C.E. de Infeciologia, atualmente com fraca adesão ao tratamento. A mãe associa as dificuldades psicológicas e emocionais de A. à rutura com o namorado – com humor depressivo, irritabilidade fácil, isolamento social e ideação suicida. Foi

encaminhada para Consulta de Psiquiatria, não tendo aderido. Atualmente é acompanhada em consulta de Psicologia através de C.E. de Infecologia.

O A., nasceu um ano após a irmã, tendo atualmente 24 anos. É estafeta de uma pizzeria e quando não está a desempenhar atividade laboral despende grande parte do tempo em casa, tendencialmente isolado no seu próprio quarto, a jogar videojogos. Sem antecedentes médico-cirúrgicos conhecidos.

Dinâmica das Relações Intrafamiliares

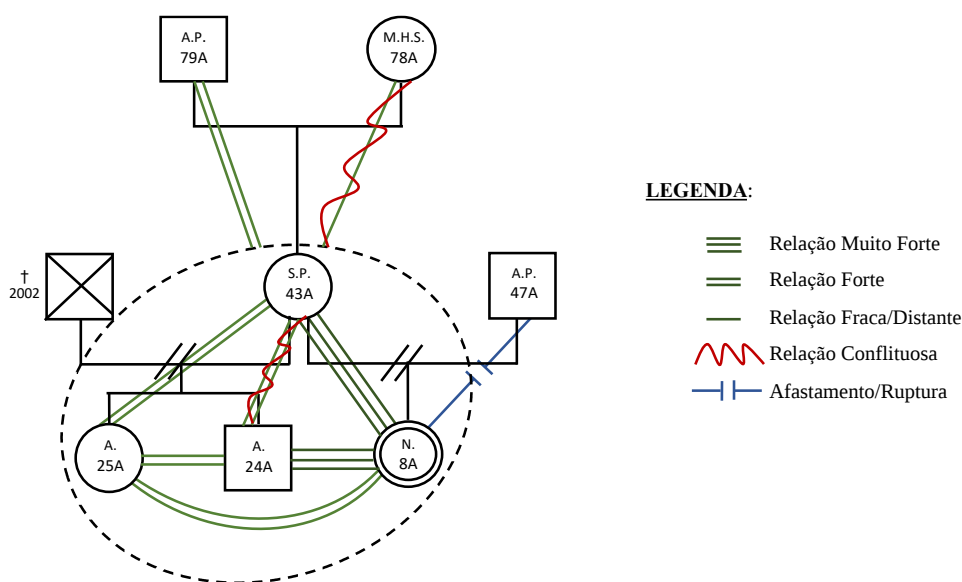


Figura 4 - Psicofigura de Mitchell

Como referido anteriormente, a relação mãe-criança é bastante forte, pautada por grande cumplicidade e interdependência. A N. procura diversas vezes a presença e proteção da mãe em espaços desconhecidos, mas no meio familiar verifica-se uma inversão de papéis, assistindo-se a uma postura protetora da N. face à mãe. De acordo com a descrição de S., a N. “está sempre bem-disposta (...) canta, dança (...) é a alegria da casa” (sic).

A irmã A. ajuda a N. na realização dos TPC e acompanha-a a algumas das consultas de pedopsiquiatria, contudo, é o elemento com quem se verifica maior conflito, possivelmente despoletado pelos atritos presentes na relação desta irmã com a própria mãe, que levaram já à ocorrência de argumentos agressivos verbal e fisicamente.

Há poucas referências ao filho mais velho. A mãe verbaliza que em casa passa grande parte do tempo no quarto, interagindo pouco com os restantes membros da família, convidando por vezes a N. para jogar videojogos, atividade pela qual a criança não mostra apreço.

Relativamente ao pai, mantinha contacto com o mesmo via telefone até junho de 2019, momento que marca rutura na relação de todos os membros da família com o A.F.

Quanto à família alargada, há registo de que fala com avós maternos, mas só na própria casa, em casa destes mantém quadro de mutismo.

4.3.4. Condições Socioeconómicas/Habitacionais

A N. mora com a mãe e os irmãos numa habitação tipologia T3, atribuída e gerida pela GEBALIS – Gestão do Arrendamento da Habitação Municipal de Lisboa, E.M., S.A., numa freguesia de Lisboa. Esta habitação encontra-se em elevado estado de degradação, com sinais evidentes de humidade e, mais recentemente, janelas partidas, com risco de entrada de água das chuvas no interior da mesma.

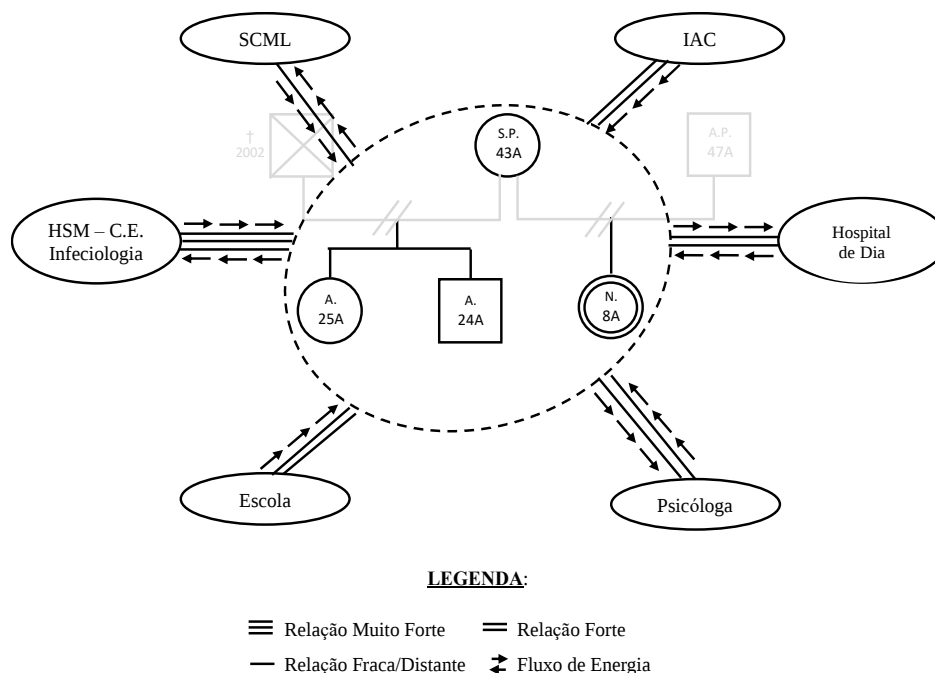


Figura 5 - Ecomapa

Os rendimentos da S. provêm de uma pensão de sobrevivência que se traduz num valor monetário irrisório, apurando-se assim uma severa dificuldade financeira para aprovisionamento de bens alimentares e subsequente asseguramento das refeições, estando a ser apoiada pelos Serviços Sociais da SCML.

A S. já iniciou candidatura para atribuição de uma habitação com melhores condições e de tipologia diferente, no sentido de cada elemento ter o seu próprio quarto, no entanto, ainda não teve resolução perante este pedido. Segundo a mesma, a N. verbaliza com frequência “temos que sair desta miséria” (sic).

4.3.5. História de Doença Atual

A N. inicia acompanhamento na C.E. de Pedopsiquiatria (Dra. M.R.) em setembro de 2019, após referenciação da Consulta de Pediatria do Desenvolvimento, por quadro de mutismo seletivo, com hipótese diagnóstica de PEA.

Terá deixado de falar fora de casa aos 2 anos de idade, quando ingressou no jardim infantil, apresentando apenas comunicação verbal com a família nuclear no interior da própria habitação, tendo mantido esta sintomatologia desde então.

Há ainda relato de um período (cerca de quatro meses antes da primeira consulta) em que terá deixado de falar mesmo em casa, fenómeno que a mãe atribui a dois fatores possíveis – por um lado, à Consulta de Pediatria do Desenvolvimento (“a Dra. faz muitas perguntas e se calhar ouviu coisas que não devia ter ouvido” – sic) e, por outro, ao episódio que marcou a rutura na relação com o pai. Durante essa época, a criança cumpria as regras, não fazia birras e comunicava essencialmente através de gestos, chorando quando não era compreendida.

A mãe partilha que não insiste com a N. para falar, assistindo-se com frequência a uma substituição da mesma por parte da progenitora, que responde de imediato às perguntas dirigidas à criança.

Aquando do ingresso no 1º Ciclo, iniciou acompanhamento em Psicologia, com periodicidade bissemanal, tendo-se verificado mudança de psicóloga há 2 anos. Não estabelece comunicação verbal com esta técnica, mas aceita outros mediadores de expressão, como p.e. a escrita, símbolos e gestos, havendo ainda referência a troca de mensagens de áudio e *emojis* através de aplicação instalada no telemóvel da mãe. Desde então, atesta-se uma melhoria da

sintomatologia ansiosa e maior predisposição para o estabelecimento da relação com pares, contudo, revela ainda grande dificuldade na gestão de solicitações/conflitos.

Em 2022, foi proposto à mãe, pela médica assistente, integração da N. na Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, tendo a mesma consentido. Nessa referenciação é apresentado quadro caracterizado por dificuldade na relação com os pares e adultos, comunicação verbal apenas em casa e sintomatologia ansiosa (p.e. contato visual evitante, tremores generalizados) quando interpelada e exposta a diferentes contextos, havendo ainda relatos de isolamento ou fuga na escola perante colega que é mais disruptivo/ barulhento/ provocador. Perante este quadro, é formulada a seguinte hipótese diagnóstica: mutismo seletivo (Perturbação de Ansiedade).

De acordo com Dra. M.R., a integração da N. na valência de cuidados supra teria como objetivos: ensaiar, com suporte, novas modalidades de relação e de regulação emocional em contexto de imprevisto/novidade; e desenvolver a aceitação de novas experiências.

Em outubro de 2022, a N. integra um grupo terapêutico constituído por outras 4 crianças, de sexos, idades e problemáticas distintas, com sessões semanais à segunda-feira (manhã), cuja duração é de aproximadamente 90min. Integrou facilmente o grupo, demonstrando confiança crescente nos pares e técnicos e maior iniciativa, envolvimento e satisfação nas atividades desenvolvidas, com momentos de partilha significativos. Mantém-se sem comunicação verbal, mas expressa-se de forma eficaz através da mímica, escrita e desenho, procurando os pares em determinadas ocasiões. Riso audível em algumas sessões. Despede-se sem dificuldade.

4.3.6. Autorregulação

A S. partilha algumas interpretações próprias acerca do comportamento da N. numa fase precoce, entre elas o medo e dificuldade aparentes na aproximação de outras pessoas, com episódios de choro perante tais situações (início aos 3 meses). No entanto, este quadro comportamental foi sofrendo algumas variações, com descrições da mãe que fazem referência ao facto de a N. apresentar um contacto indiferenciado, sorrindo e interpelando pessoas desconhecidas em diferentes locais públicos – “mete-se com as pessoas, sorri, faz-lhes festas” (sic mãe) –, mostrando-se muito simpática, chegando mesmo a abraçá-las e procurando colo junto das mesmas, preferencialmente em pessoas do sexo masculino, que a mãe interpreta como “é a falta do pai” (sic mãe).

Apesar deste registo comportamental, tal não se verifica no momento atual, adotando a N. uma postura tendencialmente retraída, com contacto visual evitante e em mutismo, porém demonstra grande expressividade a nível da comunicação não-verbal. Apura-se assim uma marcada fragilidade em adaptar-se a novas situações e espaços novos, reagindo com grande passividade e resistência ao que lhe é solicitado, sendo, por vezes, necessário dar-lhe a mão para realizar tarefa/atividade.

Em contexto de frustração, quando contrariada, fazia birras e chorava muito em casa, havendo ainda relatos de um episódio único em que terá apresentado comportamento clástico com agressão à irmã, apurando-se maior conflitos com esta familiar, secundários aos que ocorrem entre esta familiar e a mãe de ambas. Segundo a mãe, a N. verbaliza que não gosta que ralhem com ela nem de gritos e que não quer que a chateiem. Na escola, não existe ocorrência de eventos semelhantes.

Apresenta desde sempre uma postura rígida face a hábitos/rotinas, com tendência para manter padrões comportamentais “gosta de repetir a mesma coisa” (sic mãe) e impor regras junto dos irmãos, em contexto de defesa/proteção da mãe.

Segundo a mãe, com manifestações, que a mesma interpreta como sintomatologia ansiosa, face a determinados estímulos sonoros, entre eles, música alta, fala com decibéis aumentados e barulhos de máquinas, tapando os ouvidos; havendo ainda referência a medo da chuva e trovoadas, mas sem comportamento desadaptativo. Segundo a N., em consulta com a médica assistente, escreve que os seus medos são: castelo assustador, árvores/ramos, cair no metro, escuro, elevador.

4.3.7. Exame Físico

À observação, a N. apresenta idade aparente inferior à real, baixa estatura e estado nutricional aparentemente adequado. Tez morena, pele e mucosas coradas e hidratadas e quente ao toque. Cabelo crespo, de cor castanha e atado bilateralmente em forma de coque. Mantém higiene e aparência cuidadas, revelando ainda necessidade de ajuda da mãe a nível do banho, mas sendo já autónoma no vestir/despir.

Apresenta vestuário completo e adequado ao contexto, mas nem sempre ajustado à temperatura, adotando por vezes posturas de conservação de energia, ainda que negue sensação de frio. Utilização repetida de algumas peças de roupa, mas que se encontram limpas e cuidadas.

Durante as sessões no HD foi possível constatar que a N. ainda não sabe apertar os atacadores, tendo sido efetuados ensinamentos nesse sentido, inicialmente desencadeados até por outra criança do grupo terapêutico.

No que respeita ao sistema musculoesquelético, não se observam alterações, mas é evidente, numa fase inicial e em situações novas, uma marcha em pontas, postura em constante tensão e movimentos corporais pouco fluídos, quase que automatizados.

Sem assimetrias ou dismorfias das diferentes regiões corporais. Sem aparentes alterações a nível da acuidade visual ou auditiva¹.

Nos momentos dos lanches, demonstra apetite e alguma voracidade alimentar, com dificuldade em estabelecer um limite face à quantidade de bolachas a ingerir, mas sendo capaz de adequar mediante indicação.

4.3.8. Exame do Estado Mental/Observação da Criança

A N. apresenta um aspeto globalmente cuidado, com roupa adequada à idade, estação e género, cumprindo as normas de higiene e segurança hospitalar, através do uso de máscara cirúrgica e desinfeção das mãos à chegada. A cada semana, encontra-se vígil, orientada no tempo, espaço, auto e alopsiquicamente, alternando períodos de fâcias mais expressivo, com sorriso fácil, e outros em que aparentemente está mais triste e/ou preocupada/angustiadada. Apresenta humor tendencialmente eutímico, com afetos congruentes, encontrando-se ocasionalmente mais triste em correlação a acontecimentos conflituosos no ambiente familiar.

Nos primeiros encontros, observava-se contacto visual evitante, grande tensão muscular, com extensão corporal generalizada e tendência para executar marcha em pontas, adotando posturas de maior inibição e aparente desconforto/ansiedade, escondendo-se junto da mãe e tapando a face com as mãos aquando abordagem dos técnicos, revelando dificuldade em manter-se em relação com estes. Atualmente, encontra-se sob menor tensão, sem alterações da marcha, salvo raras exceções, dirige mais o olhar, sorri facilmente e demonstra maior disposição para estar em relação. Também a nível da atenção é possível identificar melhorias,

¹ No entanto, foi possível apurar junto da médica pediatra da SCML que a N. apresenta uma diminuição da acuidade visual, com referenciação já efetuada para o hospital pediátrico onde é acompanhada, a qual ainda não teve resposta.

uma vez que, numa fase inicial, se encontrava facilmente distrátil, enquanto no momento atual, apresenta atenção captável e fixável, revelando ainda capacidade de concentração perante atividades que gosta ou que lhe despertam maior interesse. Sem alterações a nível da memória imediata, recente ou remota.

Durante o período de avaliação, a N. manteve a ausência de comunicação verbal tanto com os técnicos quanto com o grupo de pares, comunicando preferencialmente através da escrita, que denota ainda erros ortográficos e de sintaxe. Foi também possível observar o seu comportamento num jogo de criação de palavras com peças aleatórias que tinham letras

ficamos muito aborrecidos porque uma casa
a para tapar o vidro.
Mãe esqueceu
por depois destes dias fiquei muito chateado
e não lá a polícia
ambramada e não lá os drambelios
Mas fomos para começar lá chateado e depois
mãe gostei e isso foi pra mim
e começou a desconfiar
e fui a alguma do meu bombo caído
e a cozeu o co

Figura 6 - Escrita da N.



Figura 8 - Retrato da figura feminina



Figura 7 - Retrato de si própria

O desenho assume-se como outro mediador de expressão importante para a N. Utiliza traços contínuos e tendencialmente pouco carregados e diferentes cores e é capaz de desenhar diversas figuras e elementos do cenário em que as mesmas se encontram, contudo, identifica-se alguma regressão na sua elaboração que se traduz, p.e., no facto de as figuras humanas não apresentarem formas corporais definidas (i.e. tronco é representado pela utilização de forma

geométricas – retângulo para homem e triângulo para mulher), não ser notória uma proporcionalidade entre os diferentes elementos nem contemplar a tridimensionalidade destes. Ademais, a N. é capaz de retratar emoções através da expressão facial que emprega nas personagens que desenha.



Figura 10 - Desenho do recreio na escola



Figura 9 - Retrato da figura masculina

No que respeita à motricidade fina, não se observa comprometimento da mesma, já que a N. segura no lápis com movimento de pinça e demonstra habilidade para fazer figuras/enfeites de Natal com recurso a pequenas peças de encaixe em base/molde.

Transitando agora para os comportamentos de internalização e externalização, encontramos, em extremos opostos, manifestações da ansiedade e a expressão da agressividade. Relativamente ao primeiro, foi possível observar que, em momentos de maior tensão, ansiedade e desconforto, a N. cerrava os olhos ou evitava o olhar, colocava as mãos diante da face, apresentava tremores a nível das mãos e estereotípias com movimento repetitivo da perna. Com o decorrer das sessões, a N. foi abandonando alguns destes comportamentos, chegando a permitir/aceitar o abraço por parte dos técnicos. No que concerne ao segundo aspeto supramencionado, não se observou em qualquer momento uma agressividade expressa, no entanto, as narrativas criadas pela N. denotavam uma agressividade simbólica. Nestas histórias e representação das mesmas, assistimos a uma atitude passiva da criança, que não oferece resistência à figura representativa de risco, colando-se com frequência ao agressor.

A verbalização de medos, fantasias, sonhos, interesses e projetos assume-se como outra questão de especial interesse. Na fase de aquecimento de uma sessão o grupo tinha a oportunidade de escolher de que forma gostaria de dar início à mesma e, frequentemente, recorriámos ao jogo com bolas, entre elas a bola suíça. Numa fase inicial, apurou-se que a N.

tinha medo destes objetos (como partilhado pela mãe anteriormente), adotando uma postura de defesa e procurando fugir das mesmas quando alguém lhe passava a bola, independentemente da intensidade do movimento.

Numa atividade temática relativa ao medo, foi solicitado o retrato de uma personagem assustadora, a qual foi depois dramatizada. A N. apresentou-nos um desenho que integrava uma casa assombrada, velha e com janelas partidas onde vivia uma bruxa, que tinha como objetivo oferecer uma sopa verde às crianças, que cheirava e sabia bem, mas que tinha mosquitos que picavam as crianças quando estas a comiam.



Figura 11 - Desenho da bruxa e casa assombrada

Noutro contacto, quando colocada ao grupo a questão “A vida das crianças corre sempre bem?”, o fâcies da N. demonstrava alguma tristeza e angústia. Quando explorado, percebemos que tal teria sido motivado por uma discussão entre o núcleo familiar, situação que já teria acontecido no passado e que desencadeava uma crescente preocupação e tristeza na N. Para além da situação familiar, também a situação social era uma preocupação da criança, que, segundo a mãe, verbalizava recorrentemente “temos de sair desta miséria, mãe” (sic).



Figura 12 - Desenho ilustrativo da discussão entre os familiares

Quanto a sonhos, interesses e projetos, ainda que em grupo a N. não tenha partilhado tal desejo, a S. conta que, em casa, a N. dança muito e verbaliza que quer ser uma bailarina famosa. A mãe relata ainda que, numa ida a um mercado de Natal, perante a presença da comunicação social, a N. ter-se-á colocado em frente às câmaras televisivas para que pudesse aparecer, comportamento que a S. relaciona com a referida ambição da N. em ser famosa.

A nível do pensamento, a N. demonstra um pensamento organizado, sendo capaz de criar uma narrativa estruturada e coerente. Segundo a mãe, talvez por influência da avó (já que será o único membro praticante de uma religião), apresenta algumas ideias sobrevalorizadas ou crenças místicas, verbalizando “Mãe, Deus está contigo. Ele vai-te ajudar.” (sic). Apresenta também um aumento do autoconceito, acreditando ser capaz de alcançar sem dificuldade uma vida promissora sugestiva de uma forte capacidade financeira que permita à família melhorar o seu *status* socioeconómico. Estas ideias são sustentadas por uma sobrevalorização de terceiros, entre eles, a família nuclear, que vê na N. uma esperança desmedida. No que concerne ao mutismo, a N. confia à mãe que só irá falar quando for grande, assumindo esta manifestação clínica como um comportamento de controlo.

Para terminar esta apreciação, resta abordar a interação da N. com os pares, que é essencialmente observada no interior do grupo ao longo das sessões e no momento do lanche.

Nos contatos iniciais, a N. apresentava um retraimento distinto, afastando-se ou assumindo posturas de defesa à chamada pelo seu nome, à aproximação e ao toque. As restantes crianças procuravam envolvê-la na brincadeira, com indicações verbais, demonstrações, atitude de espera e reforço positivo, mas a N. encontrava-se tendencialmente perplexa e ansiosa, com ausente iniciativa para a brincadeira. O grupo revelou elevada empatia e continuou a oferecer ajuda a cada sessão, procurando instigar na N. vontade para estar em relação com os Outros, não a excluindo nem substituindo, atitude que esta pareceu acolher, já que progressivamente foi investindo mais nas brincadeiras: não fugia, não se retraía, o fôlego estava mais aberto e sorridente e a postura corporal apresentava já menor tensão.

Em momentos de dramatização, o interesse e participação da N. eram evidentes e aparentemente havia uma menor racionalização acerca do seu comportamento, i.e., observava-se uma grande espontaneidade e liberdade nas ações, com atenção captável, não dispersa e avidez por continuar. A N. envolvia-se sem restrições com os pares, cumprindo com os objetivos das atividades e desfrutando das mesmas, com sorrisos e risos visíveis e audíveis; não se mostrava incomodada pela proximidade ou toque dos pares e, muitas vezes, procurava manter-se junto deles; tomava a iniciativa em determinadas ocasiões, sendo capaz de aproveitar

a oportunidade; manifestava marcada curiosidade, seguindo tudo e todos com o olhar. No entanto, sempre que abandonávamos o mundo da fantasia, repetia-se uma quebra na relação, com menor expressividade e interação e atitude mais passiva.

A confiança no grupo foi crescendo e a N. era já capaz de partilhar, através do desenho e da escrita, episódios significativos do seu dia-a-dia, expressando da mesma forma emoções e sentimentos associados a estes, o que demonstra o reconhecimento deste ambiente como securizante assim como o significado do próprio grupo.

4.4. Intervindo com a N.

4.4.1. Dinâmicas de Grupo

A investigação diz-nos que uma pessoa se comporta de forma diferente quando está sozinho ou em grupo e que os seres humanos estão em constante interação uns com os outros, inserindo-se frequentemente em grupos, mantendo a interação com os sujeitos do mesmo e com próprio grupo, realidade que, para as ciências sociais, enfatiza a importância das dinâmicas de grupo (Gençer, 2019).

Um grupo define-se como a formação de pelo menos duas pessoas que se juntam com um propósito, comunicando entre si, com influência e dependência sobre o outro. Desde que se verifique a existência de objetivos comuns e normas, uma multidão pode ser considerada um grupo, porém, é ainda necessário que esta se sinta como tal. Todos despendemos uma parte significativa da nossa vida em pequenos grupos, de que são exemplo, a família, os amigos ou os grupos de trabalho. Os pequenos grupos refletem a sociedade como um todo e, por outro lado, é neles que as identidades individuais e seus efeitos sobressaem (Gençer, 2019).

Em enfermagem de saúde mental a intervenção com grupos é de extrema relevância. Porém, o recurso a referenciais teóricos de enfermagem com enfoque socioterapêutico é praticamente inexistente, motivo que nos levou a considerar modelos de outros autores, como Lewin e Moreno.

Kurt Lewin atestou que os grupos são seres dinâmicos e poderosos que têm a capacidade de influenciar pessoas e comunidades. O conceito de dinâmicas de grupo refere-se às mudanças que podem ocorrer em qualquer parte do grupo e desencadear ações e reações na estrutura do mesmo, afetando os sujeitos que o compõem. No sentido de entender os grupos, a sua dinâmica

precisa de ser analisada. Lewin contribuiu significativamente para o estudo das dinâmicas de grupo, i.e., atitudes e comportamentos no contexto de pequenos grupos. Na sua teoria das dinâmicas de grupo, Lewin descreveu os grupos como sistemas abertos e complexos, caracterizados por forças internas e externas que afetam o comportamento do próprio grupo (Gençer, 2019).

Lewin foi um pensador visionário profundamente original, altamente comprometido tanto com a mudança social quanto com o desenvolvimento de teorias sobre o comportamento humano (Ramage & Shipp, 2020). À semelhança deste, existem outras figuras, como Levi-Strauss, Chomsky, Piaget, Brunner, Jacob Moreno e Von Bertalanffy, que estão entre os primeiros cientistas a abraçar o pensamento sistémico, transformando assim o curso da pesquisa e teoria das ciências sociais e humanas. Consequentemente, é difícil rastrear as contribuições específicas de Lewin na proliferação das teorias e conceitos sistémicos, especialmente no campo da saúde mental, já que o foco primário de Lewin não era este. No entanto, traços da sua influência são evidentes, com especial impacto a nível da psicoterapia, tal como reconhece Yalom (Wheelan, 1986).

No sentido de desenvolver métodos de mitigar problemas comportamentais, os clínicos deveriam, antes de tudo, procurar entender a etiologia de comportamentos das pessoas, fossem estes similares ou diferentes dos padrões comportamentais definidos. Muitos dos trabalhos de Lewin lidam diretamente com questões relacionadas com o desenvolvimento humano, existindo referências a influências ambientais no comportamento e desenvolvimento infantil (Wheelan, 1986).

De forma a compreender o comportamento de uma pessoa, Lewin afirmou que seria necessário conhecer a totalidade das forças que operam no campo psicológico do mesmo, pois é o todo, e não os elementos isolados, que produz comportamento. Esta formulação teórica, conhecida como Teoria de Campo de Lewin, é constante nos seus escritos sobre o desenvolvimento da criança e da personalidade (Wheelan, 1986).

Lewin iniciou as suas pesquisas sobre grupos e cunhou o termo *dinâmica de grupo* com o intuito de instruir novos comportamentos através desta metodologia de trabalho, substituindo assim o método tradicional de transmissão sistemática de conhecimentos, utilizando discussões e tomadas de decisão em grupo. Qualquer atividade que envolva pessoas, como grupos de trabalho, reuniões, *workshops* e assembleias/grandes eventos, que tem como finalidade a inclusão, a descontração, a "quebra de gelo", a recreação, a reflexão, a aprendizagem (e o incentivo à mesma), a exposição, a promoção do conhecimento, a competição e a ativação, pode

ser designada de dinâmica de grupo. Na verdade, o simples encontro entre pessoas na procura de um qualquer objetivo grupal é considerado uma dinâmica de grupo (Gattai, 2019).

Este método é objetivo, rápido e de elevada eficácia quando se pretende aquecer, ativar, erguer e elevar o grupo, além de descontraír. Pressupõe-se o recurso a um catalisador/mediador, ou seja, algo que dê vida ao grupo, o que não significa necessariamente a génese de uma reflexão ou aprendizagem, contudo, e uma vez que as dinâmicas são feitas com e por pessoas, estes processos são passíveis de acontecer. Estes elementos podem ser recreativos, competitivos ou simplesmente enérgicos, devendo ser o mais práticos possível, podendo ou não utilizar-se materiais ou acessórios que exijam algum tempo de preparação ou elaboração prévias. Em geral, os recursos empregados incluem: as pessoas, o facilitador e o ambiente (Gattai, 2019).

O campo das dinâmicas de grupo é vasto e incorpora diferentes ações, entre elas, atividades lúdicas, exercícios corporais, jogos, simulações e estudos de caso. É através destas experiências, e por meio da reflexão individual, bem como pela troca com os elementos do grupo, que as dinâmicas de grupo facilitam a tomada de consciência das atitudes, alargam os horizontes da conspeção e estimulam a mudança de atitudes e comportamentos. São privilegiadas atividades que facilitem a sensibilização e consciencialização das pessoas, incentivando o autodesenvolvimento nas suas vidas pessoais, profissionais e em grupo, desde que sejam utilizadas com o intuito de promover o autoconhecimento (Gattai, 2019).

O termo *dinâmica de grupo* proposto por Lewin diz respeito à análise da dinâmica dos pequenos grupos e aos fenómenos psicossociais que ocorrem no cerne do mesmo. Esse termo é também utilizado para se referir a métodos de ação dos grupos ou em função deles. Existem dois sentidos principais para esse conceito: o primeiro define-se como o conhecimento dos fenómenos particulares dos pequenos grupos, i.e., grupos restritos e primários, e das leis que regem a sua dinâmica; o segundo consiste no método de intervenção dirigido às pessoas (em grupo) ou sobre o próprio grupo, tendo como objetivo a obtenção de uma mudança nos sujeitos ou no todo. Se assim for, a dinâmica é entendida como terapêutica (Gattai, 2019).

É na área do tratamento que a influência de Lewin se sente mais diretamente, especificamente a nível da terapia familiar e da terapia de grupo. A necessidade de analisar o comportamento no seu contexto deu lugar a modalidades de tratamento que utilizavam grupos como método de remediação. A terapia de grupo como modalidade terapêutica precede os anos de influência de Lewin. A primeira referência do uso de um grupo como modo de tratamento data de 1906, quando Pratt recorreu a esta estrutura com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento do consumo. Mais tarde, em 1911, Moreno lançou a sua primeira publicação acerca

do tratamento com grupos, permanecendo como a influência mais forte na psicoterapia de grupo até 1935. Para além destes, Lazell, Marsh, Burrow e Adler são outras das entidades mais citadas como fundadoras da terapia de grupo (Wheelan, 1986).

A maioria dos terapeutas das dinâmicas de grupo é de abordagem psicanalítica na forma como vê a personalidade individual, mas procurou desenvolver uma abordagem de tratamento que utilizasse a pesquisa da psicologia social em processos e dinâmicas de grupo, pelo que era natural eles orientarem-se para a teoria de campo como o enquadramento concetual mais útil para o seu trabalho. Assim, estes modelos representam a combinação entre a teoria psicanalítica e a teoria de campo, sendo que a proporção de cada uma é variável de modelo para modelo, porém, cada um reconhece a o contributo de Lewin (Wheelan, 1986).

Lewin pode também ser visto como uma ponte fundamental entre a psicologia Gestalt e diversas tradições iniciais do pensamento sistémico. A psicologia *Gestalt* enfatiza os padrões através dos quais fenómenos psicológicos (percepções) estão organizados na mente. Os teóricos da *Gestalt* defendiam que estes padrões de organização eram muito mais importantes do que os elementos individuais. Esta teoria pode facilmente ser vista como precursora do pensamento sistémico, com o seu enfoque no todo (ao invés das partes) e na sua organização (Ramage & Shipp, 2020).

Lewin trabalhou de perto com teóricos da *Gestalt* e é frequentemente considerado entre estes, surgindo a teoria de campo como um dos seus pilares teóricos. No entanto, tinha alguns interesses diferentes dos fundamentais da teoria *Gestalt*. Apesar de partilhar a sua visão básica acerca da importância do padrão e organização, ele estava mais interessado nas necessidades e motivações humanas do que na percepção, assim como na aplicação da Psicologia a problemas práticos (Ramage & Shipp, 2020).

Atualmente, existem diversos modelos de terapia de grupo. Alguns deles enfatizam o aqui-e-agora, como é o caso da psicoterapia de grupo interpessoal; outros invocam os relacionamentos iniciais e padrões duradouros que se desenvolvem no início da vida e emergem no grupo (psicoterapia de grupo psicodinâmica); existindo um terceiro que combina ambas as abordagens. A psicoterapia de grupo psicodinâmica-interpessoal foi desenvolvida com base em diversas teorias dinâmicas como a autopsicologia de Kohut, a breve teoria dinâmica de Malan e Parker, a teoria do apego de Bowlby e a terapia baseada na mentalização de Fonagy e colaboradores. Para além disto, este modelo assenta ainda nas raízes da psicoterapia de grupo e da teoria interpessoal, valorizando as interações do aqui-e-agora e as experiências vividas no grupo (Marmarosh, 2021).

É importante conhecer a narrativa do membro do grupo e aplicar teorias do desenvolvimento ao trabalho em grupo, ou seja, é essencial compreender porque é que os seres humanos estão em conflito por estarem próximos ou experienciarem raiva, assim como o porquê da dificuldade da mudança (Marmarosh, 2021).

Além das teorias desenvolvimentistas, é imprescindível o recurso à teoria interpessoal no sentido de compreender as relações e intervenções do grupo, com especial enfoque na noção de complementaridade e na forma como os terapeutas e membros do grupo são levados a reações automáticas comuns a comportamentos interpessoais. Os momentos autênticos e vulneráveis em que os membros atravessam os seus medos e ansiedades nas interações do aqui-e-agora com outras pessoas é o que faz da terapia de grupo uma abordagem terapêutica distinta de todas as outras. De forma a facilitar a mudança, o facilitador deve trabalhar com as interações interpessoais presentes em conjunto com as histórias dolorosas (Marmarosh, 2021).

Compreender o nível de funcionamento dos elementos de um grupo ajuda o facilitador a perceber se um determinado elemento é ou não capaz de tolerar o *feedback*, o conflito, a raiva e a intimidade. Além disso, também previne que as pessoas sejam vítimas do membro que não é capaz de tolerar o processo de grupo (Marmarosh, 2021).

Aumentar a coesão do grupo pode ser um stressor para algumas pessoas, nomeadamente para aquelas que referem ser independentes. Tratar todos os membros do grupo com os mesmos sintomas de forma similar, sem explorar as questões de desenvolvimento subjacentes e as motivações relacionadas com o seu sintoma, pode conduzir, por vezes, a um tratamento eficaz, porém não é regra. Mais uma vez se destaca aqui a necessidade de incorporar a teoria dinâmica com o trabalho em grupo e a importância de pesquisa sobre a terapia de grupo (Marmarosh, 2021).

As normas do grupo podem ser estabelecidas como regras que ditam o tipo de comportamento apropriado ou indesejável dentro do grupo e fornecem orientação para o comportamento dos membros do grupo, sendo adotadas pelos mesmos. As normas, que podem ser criadas tanto por um facilitador quanto por qualquer outro elemento do grupo, são a componente que mantém a coesão entre os membros, que os supervisiona e que faz destes uma estrutura fortalecida e duradoura. No entanto, um grupo também carece de dissidentes, que se desviam das normas do grupo, pois são estes que o elevam, contribuindo, por vezes, a resultados melhores e mais eficazes (Gençer, 2009).

O papel refere-se à atitude e comportamento das pessoas de acordo com as expectativas de cada um. As atitudes e comportamentos formam a identidade de papéis dos seres humanos, que se moldam e desenvolvem em concordância com as necessidades e preferências da pessoa ou do grupo (Gençer, 2019).

Uma das características mais importantes que identifica a estrutura do grupo é a adesão dos membros ao grupo, que pode ser descrita como o desejo da pessoa em pertencer ao grupo. Num grupo em que a adesão é elevada, os membros dos grupos estão satisfeitos uns com os outros e motivados para continuar no grupo. Além disso, pessoas inseridos neste tipo de grupo adotam as normas e os objetivos facilmente e ajudam-se mutuamente no sentido de alcançar os mesmos. Quer isto dizer que a adesão ao grupo é um aspeto positivo. Grupos com elevada adesão trabalham melhor em conjunto, são mais eficientes e produtivos; a confiança e motivação internas são elevadas; e a tomada de decisão é de boa qualidade, forte e mais eficiente comparativamente a outros grupos (Gençer, 2019).

O grupo tem um papel na direção de capacitar ou modificar a atitude dos seus elementos. Se a atitude de uma pessoa for compatível com as normas do grupo, essa atitude é reforçada; se esta for contrária às normas, é iniciada uma pressão no sentido de alterar essa atitude. Para além disto, se as normas do grupo forem compostas pelo debate dos membros, agir de acordo com as mesmas seria mais poderoso.

Gençer (2019) invoca os resultados de diferentes estudos, que demonstram que um grupo pode ter quer um efeito positivo quer negativo na eficiência dos seus elementos, sendo que a produtividade total do grupo é maior do que a soma da produtividade dos seus membros.

4.4.2. Abordagens Terapêuticas

Apesar da natureza incapacitante do MS, com um importante impacto negativo na qualidade de vida da infância a curto e longo prazo, as evidências para tratamentos eficazes ainda são escassas e limitadas a séries de crianças por casos isolados. As opções terapêuticas atuais para o MS incluem terapia comportamental individual, terapia familiar, psicoterapia e psicofarmacologia (Esposito *et al.*, 2017).

As opções de tratamento são atualmente limitadas para crianças com MS devido à idade precoce de início, baixa taxa de prevalência e tipo de comportamento problemático exibido pela criança (p.e. não-disruptivo, ausência de fala com os profissionais de saúde). A inexistência de

tratamentos específicos para o MS destaca a necessidade de estender outros modelos de intervenção para preencher essa lacuna. Tradicionalmente, extensões descendentes e laterais de tratamentos eficazes têm sido realizadas para aplicá-los a novas populações. As primeiras usam intervenções originalmente projetadas para pessoas mais velhas (p.e. adultos, adolescentes) com populações mais jovens, alterando a entrega de informações para ser mais apropriada para o público infantojuvenil. Por outro lado, as extensões laterais envolvem a aplicação de intervenções projetadas para populações semelhantes em idade para tratar uma perturbação diferente do originalmente pretendido (Cotter, Todd & Brestan-Knight, 2018).

Constatámos anteriormente que a primeira linha de tratamento para o MS diz respeito a tratamentos psicológicos, nomeadamente, abordagens comportamentais, psicodinâmicas e sistémicas. Steains, Malouff & Schutte (2021) revelam, numa revisão sistemática de estudos acerca do tratamento do MS decorridos entre 2000 e 2015, terem identificado que uma abordagem comportamental-sistémica combinada é a mais comum a utilizar em casos de MS, integrando técnicas comportamentais com psicoeducação para pais e professores.

As abordagens comportamentais concetualizam o mutismo como uma estratégia de regulação emocional aprendida cujo objetivo é reduzir a ansiedade relacionada com a fala. Estas envolvem técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais destinadas a reduzir a ansiedade relacionada com a fala e incentivar a mesma. Nestas inclui-se ainda a psicomotricidade aplicada por meio da ludoterapia comportamental. As modalidades psicodinâmicas entendem o MS como expressão de um conflito intrapsíquico não resolvido, englobando a terapia pela arte e a ludoterapia como principais técnicas utilizadas para ajudar as crianças a identificar e expressar seus sentimentos. As intervenções sistémicas focam-se na identificação de relações desajustadas que mantêm o mutismo da criança, atuando-se sobre as mesmas através da psicoeducação, do treino de competências e da colaboração entre pais, professores e profissionais de saúde (Steains *et al.*, 2021).

Sem conhecimento apropriado desta perturbação, pais e professores sentem-se muitas vezes impotentes diante da recusa da criança em falar e podem inadvertidamente reforçar esses comportamentos, o que pode agravar e manter a ausência de fala. Como tal, o tratamento para a MS é vital para restaurar as habilidades comunicativas da criança e quebrar o ciclo que mantém a evitação (Cotter *et al.*, 2018).

Em resposta a essa necessidade, a terapia de interação pais-filhos foi adaptada para tratar crianças com MS. Essa versão adaptada utiliza técnicas comportamentais em situações de exposição para diminuir a evitação e promover a fala da criança, começando em contexto

clínico e expandindo para outros ambientes sociais. Embora ainda não tenha sido testada empiricamente usando métodos aleatorizados e controlados, esta modalidade tem mostrado sucesso inicial no aumento das respostas verbais das crianças, como a fala espontânea, mas mais pesquisas são necessárias para apoiar sua ampla divulgação (Cotter *et al.*, 2018). No entanto, a combinação desta abordagem a outras já aparenta ser benéfica, isto porque, recentemente, um ensaio clínico não-aleatorizado demonstrou que técnicas comportamentais aliadas à terapia de interação pais-filhos melhoraram os sintomas do MS (Pereira *et al.*, 2020).

As adaptações sugeridas para esta terapia representam uma extensão lateral de um tratamento eficaz originalmente destinado a crianças pequenas com problemas externos. Como modelo de tratamento, a terapia de interação pais-filhos utiliza princípios comportamentais que são ensinados aos pais e praticados dentro da relação entre pai e filho, o que a torna adequada para interromper o ciclo de reforço negativo que muitas vezes mantém o MS. No entanto, a aplicação padrão desta terapia para crianças com MS é menos apropriada, uma vez que o protocolo se concentra em comportamentos diferentes (ou seja, promover a conformidade), que não são tão aplicáveis para esta população. Como resultado, a estrutura e o conteúdo do protocolo desta intervenção foram adaptados para abordar o comportamento específico alvo para crianças com MS (Cotter *et al.*, 2018).

Embora vários tratamentos baseados em terapia comportamental e TCC estejam disponíveis para as perturbações de ansiedade em crianças, estudos acerca dos efeitos do tratamento em crianças com MS ainda são limitados. Três ensaios clínicos aleatorizados (RCT) anteriores, com terapia oferecida em diferentes configurações (i.e. no ambiente clínico e em casa antes do início da escola), investigaram e confirmaram a eficácia da terapia comportamental no MS (Pereira *et al.*, 2020; Lorenzo *et al.*, 2021).

No RCT de Pereira *et al.* (2020) os autores procuraram investigar a eficácia de um protocolo terapêutico comportamental desenvolvido na Holanda comparado a um grupo de controlo em lista de espera (a idade dos participantes variava entre 3-18 anos).

Nesse protocolo terapêutico comportamental, a aprendizagem ocorria por etapas, através da exposição gradual a situações desafiadoras, do ensaio de novos comportamentos e da modelagem. A vantagem e o aspeto inovador deste protocolo é o tratamento ser realizado exclusivamente na escola, isto porque o torna mais fácil a generalização do comportamento de fala para ambientes onde a criança ainda tem dificuldade em falar. A cada semana, a criança aprende, passo a passo, a fazer sons e a falar, estendendo-se depois este comportamento a vários

lugares na escola, com o objetivo final de participar ativamente da discussão em sala de aula (Pereira *et al.*, 2020).

O protocolo é baseado essencialmente em técnicas comportamentais, com o objetivo primário de praticar a fala em etapas. No entanto, para crianças com idade igual ou superior a 12 anos, à semelhança da tradicional TCC utilizada para a ansiedade, estão disponíveis elementos cognitivos adicionais que podem ou não ser utilizados. O terapeuta vai à escola para praticar individualmente com a criança e envolve o professor como coterapeuta no processo de tratamento, instruindo-o após cada sessão semanal, sobre como manter o benefício e quais os exercícios a praticar. O professor continua então esses mesmos exercícios durante a semana, encontrando breves momentos de tempo para praticar com a criança (Pereira *et al.*, 2020).

Pesquisas adicionais são necessárias para explorar como o envolvimento da escola afeta os resultados do tratamento para crianças com MS. Os profissionais das escolas podem desejar utilizar uma abordagem protocolada para apoiar os alunos com este diagnóstico (Siroky, Carlson e Kotrba, 2017). Para além disso, investigar a efetividade de um protocolo de tratamento para o MS é necessário para garantir que o tratamento baseado na evidência esteja disponível como cuidado padrão no interior das instituições de saúde mental para crianças e adolescentes (Pereira *et al.*, 2020).

Apesar do aumento do interesse no tratamento do MS, a evidência que suporta a sua eficácia é ainda limitada. A investigação meta-analítica baseada em RCT de Steains *et al.* (2021) é a primeira a abordar a eficácia de intervenções psicológicas dirigidas a esta perturbação, com os resultados a demonstrarem que a intervenção psicológica para o MS é mais eficaz do que a ausência de tratamento, dado que se encontra em conformidade com resultados de estudos anteriores.

A descoberta de que o tratamento psicológico tem um efeito semelhante tanto nos sintomas específicos do MS, como a produção verbal, quanto nos sintomas não específicos (p.e. ansiedade, funcionamento global e gravidade de doenças mentais), sugere que o tratamento tem efeitos não só a nível do aumento na fala, como também produz melhorias mais amplas sobre o comportamento internalizante e o bem-estar. No entanto, é necessária uma investigação mais aprofundada para que o tratamento do MS se encontre ao nível de tratamentos empiricamente validados descritos pela APA. Nesse sentido, seria desejável a colaboração entre diversas entidades, desde médicos a terapeutas da fala (setores público e privado) e profissionais do ensino, de forma a alcançar amostras maiores (Steains *et al.*, 2021).

Os programas de tratamento psicossocial deve ser vistos como a primeira opção para crianças com MS dado os resultados positivos associados (Cotter *et al.*, 2018). Revisões clínicas indicam que entre os tratamentos psicossociais, aqueles que melhor funcionam são os modelos psicoterapêuticos psicodinâmicos associados a métodos cognitivos e comportamentais. Na maioria dos casos, o tratamento do MS é adiado vários anos porque estas crianças são simplesmente consideradas tímidas pelos pais, já que podem falar normalmente em casa (Esposito *et al.*, 2017).

As crianças com perturbações de ansiedade, das quais o MS faz parte, podem beneficiar de TCC focada na criança, TCC apenas para os pais, ou da combinação de ambos através de terapia familiar (focada na interação pais-criança); descobertas sobre a psicoterapia psicanalítica de curto prazo ou terapia sistémica parecem ser tão promissoras quanto a musicoterapia, a hipnose ou programas de ambiente virtual para aquisição de competências sociais (Esposito *et al.*, 2017).

Perante este enquadramento, e considerando o seu amplo uso para muitas outras perturbações na idade pediátrica, a psicomotricidade pode ser proposta como uma opção de tratamento. A intervenção psicomotora (também chamada de ludoterapia ou psicomotricidade) é uma terapia de saúde bem estabelecida em alguns países europeus, como França e Itália, e é frequentemente usada para muitas perturbações neuropsiquiátricas. Realizada por psicomotricistas que recebem formação académica específica em domínios psicológicos e cognitivos, bem como em motricidade (motricidade geral, motricidade fina, escrita, coordenação bimanual), a psicomotricidade lida com a perceção do corpo no espaço e alterações da atenção, da coordenação e da cognição. Os principais objetivos desta abordagem terapêutica passam por: ajudar a criança e os pais a concentrar a atenção na sua relação e não no exterior, facilitando o reconhecimento e gestão das situações que ativam os mecanismos ansiosos mantedor do MS (1); restaurar a comunicação e a partilha empática entre a criança e os outros (2); melhorar a capacidade de reconhecer e regular condições emocionais internas (3) (Esposito *et al.*, 2017).

Até à data, não existem estudos sobre a viabilidade e eficácia da terapia psicomotora em crianças com diagnóstico de MS, contudo, Esposito *et al.* (2017) levaram a cabo um estudo cujo objetivo era verificar a eficácia de um programa padrão de terapia psicomotora de seis meses para crianças com MS em comparação com aconselhamento comportamental e educacional dirigido aos pais. Os autores verificaram que, após seis meses de tratamento psicomotor, as crianças com MS apresentaram melhorias significativas em diferentes esferas

sintomáticas do MS, particularmente, a nível das relações sociais, ansiedade/depressão e problemas sociais e de internalização, que podem justificar a redução da gravidade do MS encontrada.

O principal resultado da abordagem psicomotora parece estar assim relacionado à melhoria comportamental. Esta abordagem é baseada no conceito geral de integração entre o movimento e a mente, de pensar e fazer, de comunicar e criar – tudo isso apoia o desenvolvimento global da criança durante as sessões de ludoterapia, contribuindo para aumentar a sua autoestima, coordenação sensoriomotora, fontes de criatividade, competências sociais e, em geral, o seu funcionamento cognitivo. Além disso, o tratamento psicomotor pode ser considerado promissor devido aos efeitos mais gerais na melhoria do tônus postural, mobilidade, ansiedade e autoconfiança (Esposito *et al.*, 2017).

Por outro lado, a importância do brincar no desenvolvimento social das crianças é realmente indiscutível. De facto, através do brincar, as crianças estão a aprender como funcionam as coisas, como usar o seu corpo, como resolver problemas e como estar em relação com os outros. Além disso, o brincar é uma forma através da qual as crianças podem expressar suas emoções, construir relacionamentos com os outros e lidar com situações stressantes. Ademais, a ludoterapia é amplamente utilizada para tratar problemas emocionais e comportamentais em crianças devido à sua capacidade de responder às necessidades de desenvolvimento únicas e variadas, ainda que a maioria das crianças com idade inferior a 11 anos não apresente uma capacidade inteiramente desenvolvida para o pensamento abstrato, o que é um pré-requisito para a expressão verbal significativa e a compreensão de questões complexas, motivos e sentimentos (Esposito *et al.*, 2017).

Ao contrário dos adultos, que se comunicam naturalmente através de palavras, as crianças expressam-se mais naturalmente através do mundo concreto do brincar e da atividade. Durante as sessões de ludoterapia, o brincar é visto como o veículo para a comunicação entre a criança e o terapeuta com a suposição de que as crianças usarão materiais de brincar para, direta ou simbolicamente, agirem em relação a sentimentos, pensamentos e experiências que não conseguem expressar de forma significativa através de palavras. Vários estudos reconhecem a importância do brincar na idade pediátrica para todo o desenvolvimento, incluindo o controlo comportamental e a aquisição de regras (Esposito *et al.*, 2017).

A investigação sugere que a TCC e os métodos baseados em comportamento são eficazes para tratar o MS em crianças, mas não há muitos RCT disponíveis específicos para o MS. Dado o estágio de desenvolvimento cognitivo da criança e a falta de comunicação verbal,

os métodos de empregar a TCC ou uma abordagem comportamental com crianças são tipicamente modificados para se adaptar ao estágio de desenvolvimento e às suas necessidades. A literatura sugere que a integração de intervenções baseadas no brincar com uma abordagem cognitivo-comportamental é eficaz e que, quando crianças mais novas com dificuldades sociais e académicas, participam na ludoterapia, há uma diminuição significativa nas dificuldades sociais. Foram propostas diversas abordagens para conduzir a ludoterapia com base numa grande variedade de orientações teóricas. As três principais categorias para abordagens da ludoterapia são: não-diretivas, diretivas e prescritivas (Wonders, 2020).

A ludoterapia cognitivo-comportamental é uma abordagem diretiva da ludoterapia, que adapta a orientação teórica amplamente estabelecida e eficaz da TCC. Nesta utilizam-se técnicas e intervenções baseadas no brincar que abordam mudanças adaptativas dos pensamentos, crenças e comportamentos. No entanto, quando crianças diagnosticadas com MS manifestam o nível de sintoma mais grave, é benéfico começar o tratamento com uma abordagem não-diretiva ludoterapêutica centrada na criança, que tem demonstrado uma melhoria significativa dos resultados do tratamento. Finalmente, uma abordagem prescritiva da ludoterapia permite ao clínico avaliar a gravidade dos sintomas de forma a escolher seletivamente que orientação teórica e intervenções podem ser mais apropriadas para ajudar as crianças ao longo do curso do tratamento. Além disso, permite também que ao terapeuta utilizar uma combinação de abordagens não-diretivas e diretivas conforme apropriado para os desafios apresentados pela criança e respetivas necessidades de desenvolvimento (Wonders, 2020).

Uma avaliação cuidadosa é crucial para garantir que o plano de tratamento é desenhado de forma adequada às necessidades individuais das crianças com MS. Na fase inicial do tratamento, é importante colher o máximo de informações possíveis dos cuidadores da criança através de escalas de avaliação comportamental e consulta, bem como realizar uma sessão de observação inicial com a criança para determinar a gravidade dos sintomas. É dentro do quadro das investigações clínicas de um processo de admissão minucioso que o terapeuta é capaz de avaliar e abordar de forma prescritiva as necessidades de cada criança individualmente. Os dados coletados dos indicadores comportamentais no processo de admissão (e ao longo do tratamento) são um ponto valioso a partir do qual se pode discernir melhor o quão severamente a vida e o funcionamento da criança estão prejudicados pelo MS e desenvolver um processo de cuidados apropriado. O curso de tratamento para crianças que sofrem de MS é um processo desafiador que requer uma abordagem multidisciplinar, complexa e multifacetada com muitas considerações. Embora a ansiedade que causa os sintomas comportamentais deva ser abordada

e aliviada, os próprios sintomas comportamentais com o tempo podem tornar-se comportamentos aprendidos, exigindo uma camada adicional de intervenções além daquelas utilizadas para abordar a ansiedade subjacente (Wonders, 2020).

A apresentação mais grave dos sintomas é o comportamento altamente evitativo da criança que não faz contato visual e não responde ou inicia a comunicação verbal ou não-verbal em situações sociais específicas. A intervenção mais apropriada quando os sintomas são tão graves assim durante a sessão com o terapeuta é iniciar a terapia com uma abordagem ludoterapêutica centrada na criança, oferecendo a aceitação incondicional ao averiguar, refletir e devolver responsabilidade, enquanto a criança tem a liberdade de explorar a sala de jogos e escolher como os brinquedos e materiais de jogo serão usados. Na presença do terapeuta empático e aceitador, a criança tem a oportunidade de desenvolver confiança e ligação com o terapeuta como base vital (Wonders, 2020).

Wonders (2020) sugere que a construção de uma cultura de confiança e a moldagem de um vínculo terapêutico na sala de jogos têm maior probabilidade de ocorrência quando o terapeuta usa esta abordagem pura de ludoterapia centrada na criança com sessões semanais ou quinzenais. A criança experimenta o tempo na sala de jogos como um lugar seguro e eventualmente familiar para explorar, experimentar e expressar através do brincar natural e dirigido pela própria. Quando uma criança não está a comunicar com palavras ou gestos, ela comunicará através da linguagem do brincar, que um terapeuta, com competências especializadas, pode observar e compreender. Esta abordagem centrada na criança fornece uma janela através da qual o terapeuta pode ver o mundo interior da criança; dá voz até mesmo à criança que não fala, oferecendo-lhe a oportunidade de ser vista, ouvida e aceite incondicionalmente. A segurança emocional cultivada através desta modalidade terapêutica é necessária antes da procura de mudanças comportamentais com intervenções ludoterapêuticas mais diretivas.

Esta abordagem continua até que o terapeuta possa observar que a criança está à vontade na sala de jogos, que a relação terapeuta-cliente está bem estabelecido e que a criança está a começar a envolver-se na gesticulação ou outras formas não-verbais de comunicação. Essas observações fornecem a garantia de que foi estabelecida uma base sólida de confiança e conexão, que é essencial no tratamento do MS neste nível de gravidade (Wonders, 2020).

Quando a criança faz contato visual com o terapeuta e usa gestos ou sons para se conectar e comunicar com o terapeuta, é uma oportunidade para começar a introduzir atividades diretivas baseadas no brincar, com vista a incentivar o envolvimento e a comunicação, enquanto

se continua a praticar a aceitação incondicional, testemunho, monitorização e reflexão da abordagem anterior. Eventualmente, durante esta fase do tratamento, a criança poderá começar a usar sussurros, sons ou verbalizações para se comunicar com o terapeuta à medida que o tratamento progride (Wonders, 2020).

Assim que a criança começa a comunicar com o terapeuta usando qualquer tipo de som, o próximo passo no tratamento é envolver a criança, utilizando esse impulso com a introdução de técnicas de ludoterapia diretiva baseadas em comportamento para reforçar e melhorar a qualidade da comunicação. Quando a criança começa a comunicar verbalmente com o terapeuta, o objetivo de tratamento nesta fase é ajudar a criança a generalizar esta capacidade a outras situações e pessoas. Tendo estabelecido confiança e o laço da relação terapêutica, o terapeuta pode agora implementar de forma segura intervenções comportamentais e ludoterapêuticas cognitivo-comportamentais mais diretivas (Wonders, 2020).

Quando uma criança fala com sucesso em quase todas as situações sociais e demonstrou capacidade de autorregulação perante sentimentos de ansiedade, o curso do tratamento é sistemática e gradualmente encerrado através de um adequado processo de encerramento. Esse processo deve levar em consideração o risco de recaída, a idade da criança e a importância de ter despedidas saudáveis com um fim apropriado.

Uma celebração de alcance os objetivos da terapia e enfatizar o esforço da criança é um componente crucial deste processo. Uma vez que a criança mostrou um progresso significativo e consistente, é benéfico fornecer reforço positivo dos novos padrões comportamentais adaptativos refletindo o alcance dos objetivos do tratamento (Wonders, 2020).

Por último, importa ressaltar a importância da inclusão dos cuidadores no sucesso terapêutico desta abordagem terapêutica e, conseqüentemente, no tratamento em geral do MS. Quando há envolvimento dos pais no tratamento de crianças com MS, que manifestam um forte e típico apego aos cuidadores principais, há benefícios para estas. O envolvimento dos pais começa na sessão inicial de consulta com os mesmos, momento que, para além de ter o propósito de reunir histórico e indicadores comportamentais, é também uma oportunidade fundamental para efetuar psicoeducação sobre o MS junto dos pais, esclarecendo a estrutura do processo de tratamento e a importância do seu envolvimento ao longo do curso da terapia, procurando-se assim fomentar o seu investimento no processo terapêutico (Wonders, 2020). A autora acrescenta que é mais vantajoso para o terapeuta reunir-se com os pais após cada quatro sessões de ludoterapia, com vista a revisão da evolução na sessão, na escola e em casa.

No nosso estágio, e em concordância com Steains *et al.* (2021), verificámos que a abordagem comportamental-sistémica combinada ganha especial relevo no cuidado a crianças com perturbações de ansiedade, em geral, e com MS, em particular. Esta foi a abordagem terapêutica definida pela equipa de técnicos, integrando a psicomotricidade e a ludoterapia não-diretiva, tal como sustentado por Esposito *et al.* (2017) e Wonders (2020); e intervenções sistémicas que incidiram tanto na família quanto na comunidade escolar, procurando-se ainda reforçar as estruturas sociais.

4.4.3. Processo de Cuidados

Ao olhar para os dados colhidos, e tomando em consideração as diferentes áreas de atuação, públicos-alvo e sistemas de suporte, procedeu-se à elaboração de um processo de cuidados, alicerçado na Teoria das Transições de Meleis e no MSN, que contempla a intervenção individual (Apêndices III-VIII) e em grupo, com recurso a intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, mas também psicoeducativas; intervenção familiar; e intervenção junto da escola.

Invocando a Teoria das Transições de Meleis e, após análise da avaliação efetuada junto da N., é clara a identificação de diferentes tipos de transições: de desenvolvimento, pelo estágio do ciclo vital em que se encontra; de saúde-doença, desde a instalação de sintomas e formulação do diagnóstico clínico; e situacional, pelas sucessivas mudanças nas relações, com consequente redefinição de papéis. Esta apreciação permitiu-nos contemplar as diferentes modificações com impacto importante na N. e elaborar de que forma poderíamos atuar no sentido de minimizar os efeitos nefastos das mesmas.

No que respeita à aplicação do MSN e de forma a exercermos um cuidado de enfermagem especializado, foi necessário identificar os stressores de que a N. era alvo, para depois delinear uma intervenção individualizada que respondesse às suas necessidades. Relativamente aos stressores intrapessoais, encontramos a ansiedade; esta é acompanhada por stressores interpessoais, representados pelas interações sociais, com impacto na socialização e no funcionamento académico; a estes juntam-se os stressores extrapessoais, onde encontramos as lacunas da parentalidade, a disfuncionalidade do processo familiar, os baixos rendimentos e os escassos apoios sociais. Estes elementos, dada a sua complexidade e simultaneidade,

corromperam as linhas de defesa da N., sendo agora necessário intervir no sentido de reestruturar o bem-estar da criança e o equilíbrio do sistema.

De forma a facilitar a compreensão da aplicação deste modelo com a situação particular da N., optámos por efetuar um paralelismo entre o comprometimento das linhas de defesa e os diagnósticos de Enfermagem apresentados, assim como com o nível de prevenção a adotar perante estes. A linha flexível de defesa sofreu danos em virtude do compromisso da parentalidade e do processo familiar, bem como pela diminuição do rendimento familiar e do apoio social, carecendo de intervenções de Enfermagem ao nível da prevenção primária, com vista a reduzir os fatores de risco extrínsecos à criança. De seguida, assistimos a falhas na linha normal de defesa, devido à ansiedade experienciada pela N., sendo necessário atuar ao nível da prevenção secundária. Por último, a rutura das linhas de resistência surge pelo comprometimento da comunicação verbal, da socialização e do desempenho escolar, sendo imprescindível intervir nos três níveis de prevenção, num movimento cíclico.

As intervenções de Enfermagem que constam neste processo de têm como finalidade aumentar e fortalecer a resistência das linhas de defesa da N., no sentido de promover uma melhor adaptação aos stressores, pelo desenvolvimento de estratégias adaptativas aos mesmos, mitigando o impacto negativo que estes poderão ter em si.

De forma a facilitar a leitura e compreensão do processo de cuidados, optámos por produzir uma tabela, na qual figuram os diferentes elementos até aqui abordados. As intervenções de Enfermagem planeadas foram todas executadas ao longo do período de estágio, contudo, considerámos algumas delas como concluídas, que na tabela irão estar salientadas a cinzento. As restantes intervenções executadas assumem-se como intervenções que devem manter-se num *continuum* até que o resultado esperado seja alcançado ou até que a atuação junto da N. termine.

Tabela 1 – Processo de cuidados

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	CURTO PRAZO	MÉDIO/LONGO PRAZO		
Ansiedade atual	Ansiedade diminuída	Ansiedade em grau reduzido	• Aceitar incondicionalmente a N. • Mostrar disponibilidade e interesse para brincar com a N. • Respeitar os seus pedidos/limites • Assistir a criança a identificar fatores desencadeantes • Encorajar o autocontrolo: ansiedade • Incentivar a expressão de emoções e crenças • Executar intervenção psicoterapêutica de grupo (coterapeuta) • Vigiar resposta comportamental • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o apoio / suporte da família	• Observação • Registos • <i>Feedback</i> mãe
Comunicação verbal comprometida	Comunicação verbal melhorada	Comunicação verbal efetiva	• Avaliar comunicação • Incentivar comunicação através do uso de mediadores de expressão (p.e. desenho, mímica, movimento, escrita, música) • Otimizar comunicação • Incentivar o apoio / suporte da família	• Observação • Produtos obtidos pelo uso de mediadores de expressão • Natureza relação mãe-filha
Socialização comprometida	Socialização melhorada	Socialização efetiva	• Avaliar interação social • Incentivar interação social [com grupo de suporte] • Oferecer novas atividades recreativas adequadas à idade e à capacidade, explorando recursos da comunidade: ocupação tempos livres (ATL, férias); biblioteca	• Observação • <i>Feedback</i> mãe • <i>Feedback</i> escola

			• Apoiar a criança na escolha de atividades recreativas (coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais) • Oferecer reforço positivo à criança pela participação nas atividades • Aconselhar à família o agendamento de períodos específicos de atividade recreativa na rotina diária	
Desempenho escolar comprometido	Desempenho escolar melhorado	Desempenho escolar normal	• Planear visita à escola • Alertar os professores para o significado latente do comportamento da criança e gestão do mesmo • Trabalhar em rede (i.e. professora, psicóloga, AS) • Contactar com a escola de forma a obter informações acerca do comportamento da criança neste contexto	• <i>Feedback</i> escola • Avaliações escolares
Parentalidade comprometida	Parentalidade melhorada	Parentalidade efetiva	• Desenvolver uma cultura de flexibilidade • Prevenir e identificar as necessidades da família • Providenciar informações importantes à mãe sobre a criança, conforme adequado • Facilitar a compreensão dos aspetos clínicos da condição da criança • Estabelecer uma relação pessoal com a criança e mãe • Identificar as capacidades [parentais] da mãe no cuidado da criança • Identificar a perceção da mãe sobre a situação, os eventos • Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais da mãe • Identificar as expectativas da mãe em relação à criança • precipitantes, os sentimentos e os comportamentos da criança • Identificar outros stressores situacionais para a mãe	• Observação • Registos • <i>Feedback</i> mãe • <i>Feedback</i> criança

			• Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pela mãe • Informar a mãe sobre fatores capazes de melhorarem a condição da criança	
Processo familiar comprometido	Processo familiar melhorado	Processo familiar efetivo	• Identificar como a família resolve os problemas • Determinar como a família toma decisões • Identificar os pontos fortes/recursos da família • Identificar as áreas de insatisfação e/ou conflitos • Facilitar a comunicação entre os membros da família • Ajudar os membros da família a esclarecer suas necessidades e as expectativas recíprocas • Negociar estratégias para normalizar a vida familiar com os membros da família • Minimizar a rutura na rotina familiar, facilitando as rotinas e os rituais da família (p.e. discussões familiares para comunicação e tomada de decisões) • Negociar realização de consultas familiares • Facilitar estratégias de redução do stress • Apoiar a família a melhorar as estratégias positivas de enfrentamento existentes • Facilitar a reestruturação dos subsistemas familiares, conforme apropriado • Apoiar a família a fixar metas na direção de uma forma mais competente de lidar com comportamentos disfuncionais • Promover a manutenção do contato com os membros da família/relações familiares, conforme apropriado • Determinar os processos familiares típicos • Determinar a ruptura nos processos familiares típicos	• Observação • Registos • <i>Feedback</i> mãe • <i>Feedback</i> criança • Consultas familiares

			• Determinar os padrões de comunicação na família • Informar sobre mecanismos existentes de apoio social • Orientar os membros da família na utilização dos mecanismos de apoio existentes	
Rendimento familiar diminuído	Rendimento familiar nível esperado	Rendimento familiar nível absoluto	• Apoiar a família no preenchimento de formulários para assistência (p.e. ajuda financeira, alojamento) • Providenciar bens alimentares, vestuário, material didático (i.e. brinquedos, livros) de acordo com os recursos existentes no HD e necessidades da família • Determinar a adequação da situação financeira da família • Avaliar com a família os recursos financeiros disponíveis • Informar a família sobre centros de cuidados diários disponíveis, conforme apropriado	• Observação • Reunião técnicos – Assistente Social
Apoio social diminuído	Apoio social melhorado	Apoio social efetivo	• Orientar o encaminhamento da família para serviços de assistência social e aconselhamento de profissionais • Avaliar o ambiente social e físico da família • Avaliar as necessidades de apoio social da família • Avaliar os sistemas de apoio disponíveis • Oferecer à família informações sobre recursos da comunidade • Informar a família sobre programas de instituições que oferecem apoio • Conversar sobre mecanismos existentes de apoio social • Instruir os membros da família a usar os mecanismos de apoio existentes • Verificar se a família possui uma rede de apoio social adequada para auxiliar nos problemas familiares • Incentivar a mãe a participar no grupo de apoio [Grupo de Pais HD]	• Observação • Reunião técnicos – Assistente Social • <i>Feedback</i> mãe

5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESMP

Neste capítulo pretendemos efetuar uma análise reflexiva e crítica sobre todo o percurso cumprido, tanto relativamente ao ramo teórico, quanto ao ramo prático deste Curso de Mestrado em Enfermagem, ancorando-nos, por vezes, na experiência pessoal e profissional. Este caminho representa um investimento marcante no desenvolvimento pessoal e profissional, com ganhos em conhecimentos, habilidades e competências. No sentido de explorar os diferentes resultados obtidos, e dada a complexidade e especificidade deste ciclo de estudos, invocaremos o perfil de competências de Mestre e enfermeiro especialista, remetendo neste as suas competências comuns e específicas.

Os cuidados de saúde, dos quais os cuidados de Enfermagem fazem parte, foram progressivamente sendo afirmados, à semelhança da sua relevância e requisitos técnico-científicos, tornando cada vez mais real a diferenciação e especialização que compreende a maioria dos profissionais de saúde. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) assistiu e atestou este panorama, reconhecendo diferentes especialidades na disciplina e atribuindo, consequentemente, o título de enfermeiro especialista. Este define-se como aquele a quem é validada competência tanto científica e técnica, quanto humana, na prestação de cuidados de enfermagem especializados numa (ou mais) das diferentes áreas de especialidade, as quais se traduzem em: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

Cada área de especialidade enuncia competências específicas que o enfermeiro especialista deve comportar, porém, antes de nos centrarmos nestas relativas ao enfermeiro especialista em ESMP, importa abordar aquelas que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialização, designadas de competências comuns.

O perfil de **competências comuns** encontra-se publicado em Diário da República (Regulamento n.º. 140/2019) e identifica-se enquanto um enquadramento regulador para a certificação de competências, expondo aquilo que é esperado dos cuidados de Enfermagem especializados, onde se pressupõe uma mobilização de conhecimentos, capacidades e habilidades por parte dos profissionais nas suas intervenções, qualquer que seja o contexto ou momento do ciclo vital da pessoa/grupo cuidado e o nível de assistência (OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se distribuídas em quatro domínios, sendo que cada uma delas apresenta unidades de competência e critérios de avaliação, onde o primeiro compreende uma reunião de elementos de competência que traduzem uma realização efetiva; e o segundo diz respeito a uma listagem de itens cujo objetivo é representar o desempenho competente durante o exercício profissional (OE, 2019).

O primeiro domínio diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, onde se espera que a prática do enfermeiro especialista cumpra com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, subordinada ao Código Deontológico do Enfermeiro, atendendo ao respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

O quadro ético, legal e deontológico que rege a profissão integra a nossa formação e prática desde o 1º ciclo de estudos e início da vida profissional, sendo alvo de constante mobilização nos cuidados. No que concerne à prática assistencial a adultos, estes aspetos são já mais claros e, ainda que por vezes suscitem algumas dúvidas, parecem ser mais facilmente solucionáveis. No contacto com crianças, o quadro transforma-se, pois apesar das semelhanças encontradas, existem também disparidades significativas e foi nesse âmbito que consideramos verificar-se um desenvolvimento e crescimentos maiores.

Ao longo do estágio deparámo-nos com situações triviais, transversais a qualquer área da Enfermagem, considerando ter cumprido com as responsabilidades profissionais inerentes. Porém, tivemos necessidade de expandir o corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico que enquadra esta vertente dos cuidados e a população em estudo, para que a tomada de decisão ética e deontológica fosse consistente e a nossa prática fosse a mais segura e profissional possível. Para tal, foi necessário revisitarmos os Direitos da Criança e os trâmites legais para sinalização de situações de risco.

O domínio seguinte diz respeito à melhoria contínua da qualidade, onde se espera que o enfermeiro especialista seja capaz de apoiar e dinamizar estratégias institucionais na área da qualidade, avaliando, planeando e liderando programas de melhoria contínua; e garantir um ambiente terapêutico e seguro. Em contexto profissional, acreditamos que estamos em plena ascensão deste domínio. Consideramos que detemos uma atuação proativa, com vista à promoção de um ambiente propício ao bem-estar e gestão de riscos associados, e que temos progressivamente vindo a procurar oportunidades de melhoria contínua, participando em formações proveitosas para o desenvolvimento próprio, mas também da equipa onde estamos inseridos e respetivo serviço.

Relativamente ao período de prática supervisionada, reconhecemos que este foi o domínio que alcançámos num nível menor, dadas as condicionantes impostas pelo próprio local de estágio e a dinâmica de trabalho instituída. Concluímos que a competência terceira deste domínio, referente à promoção de um “*ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo*” (OE, 2019, p. 4747) e à gestão de risco institucional, foi conseguida; contudo, e ainda que tenhamos procurado informação sobre os projetos institucionais na área da qualidade e que tenha sido discutido com a equipa do HD as práticas de qualidade com vista à melhoria contínua, reconhecemos que as restantes duas competências deste domínio foram alvo de menor investimento e desenvolvimento.

O terceiro domínio que incorpora as competências comuns do enfermeiro especialista direciona-se para a gestão dos cuidados, onde se espera que o profissional execute esta atividade, adequando os recursos às necessidades e o estilo de liderança à garantia da qualidade dos cuidados, assegurando a segurança dos mesmos. Este domínio dos cuidados é bastante explorado a nível da práxis clínica, encontrando outro tipo de limites quando em contexto de estágio.

No nosso dia-a-dia, temos a responsabilidade de gerir os cuidados aos doentes que nos são atribuídos, assim como, em dimensões distintas, os recursos humanos, materiais, físicos e mesmo financeiros necessários à consecução dos mesmos, especialmente em períodos que assumimos o papel de responsável de turno, ocasiões estas em que acresce a responsabilidade de resolução de problemas *major* com impacto em todos os envolvidos. Os conteúdos programáticos abordados na unidade curricular de *Gestão em Saúde e Governação Clínica* vieram adicionar novos saberes neste setor e suprir-nos de meios que permitem a otimização da resposta da equipa e a articulação intra-equipa.

Durante os quatro meses de estágio, encontrámos algumas dificuldades no desenvolvimento integral das competências que compõem este domínio, com lacunas a nível da delegação de tarefas e atividades secundárias a esta, justificado pelo facto de, neste contexto, não existirem outros profissionais sob a alçada da Enfermagem; mas também no que diz respeito ao estilo de liderança, uma vez que seria incompatível adotar uma postura de líder neste ambiente, onde o nosso contributo surgia no papel de coterapeuta.

Por último, encontramos o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que pressupõe que o enfermeiro especialista demonstre capacidade de autoconhecimento e baseie a sua prática especializada em evidência científica. Este domínio

está intimamente relacionado com a primeira competência do enfermeiro especialista em ESMP, pelo que a reflexão da primeira irá representar também o mote de saída para a segunda.

Esta área tem sido alvo de desenvolvimento constante no decorrer da prática profissional, tendo também sido objeto de otimização em unidades curriculares do semestre anterior deste ciclo de estudos, particularmente, em *Desenvolvimento Pessoal* e em *Relação de Ajuda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.

É imperativo que, no decorrer da prática especializada, o profissional detenha consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo os seus recursos e limites e identificando os fatores que podem influenciar a relação com a pessoa cuidada e/ou equipa multidisciplinar. Depois de alguns anos de experiência clínica, compreendemos que este exercício seja mais natural e inconsciente, contudo, não podemos tomar isto como um dado adquirido. Durante o período de estágio, foi essencial relembrar e afirmar esta unidade de competência de forma a consciencializar a influência pessoal na relação profissional e ter o máximo de ganhos possíveis. Concomitantemente, procurou-se gerir emoções e sentimentos de forma eficaz, bem como antecipar situações de potencial conflito, com vista à utilização de técnicas adequadas, se justificável.

Para além deste investimento no autoconhecimento e assertividade, procurou-se ainda suportar a prática clínica em evidência científica, objetivando contribuir para a produção de conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Nesse sentido, foram, sempre que oportuno, partilhadas publicações ou iniciativas, p.e., que facilitassem o cumprimento desta competência.

O Curso de Mestrado em Enfermagem proporcionou, tanto na vertente teórica quanto na prática, um incremento do desenvolvimento pessoal e profissional indispensáveis à prática especializada em ESMP, com importantes ganhos no autoconhecimento e consciência do próprio enquanto pessoa e enfermeiro. Este crescimento já foi alvo de análise e reflexão numa fase anterior do atual ciclo de estudos, contudo, importa agora que estes exercícios sejam novamente alvo de exploração, no sentido de explicar de que forma este processo figurou ao longo do período de estágio.

O trabalho numa unidade ambulatorial, como o HD, transporta-nos para uma dimensão diferente do cuidar com a qual estamos familiarizados, à semelhança do trabalho que é efetuado junto das crianças e adolescentes. Aprendemos facilmente a situar-nos no aqui-e-agora, para que também eles se coloquem assim na experiência, mas relembramos muito das nossas

experiências passadas, que se tornam muito mais presentes perante a intervenção com esta população e que são impossíveis de dissociar da nossa identidade.

A intervenção com o público infantojuvenil, especialmente quando efetuada em parceria com outro profissional como é o caso da coterapia, permite-nos, por vezes, integrar a própria dinamização. Tivemos a possibilidade de, numa fase bastante inicial do estágio no HD, participar numa sessão com um grupo de crianças distinto daquele que depois acompanhámos. Neste grupo, encontrávamos 5 crianças do género masculino, cuja idade variava entre os 9-11 anos. A atividade em questão pressupunha vender os olhos de um elemento (devendo todos fazer o exercício), que teria a finalidade de encontrar os restantes – estes estavam no ginásio, envoltos por construções feitas a partir de colchões e outras estruturas de espuma –, podendo oferecer-se alguns elementos de ajuda (p.e. sons, orientações, pistas), na eventualidade da criança, por diferentes razões, apresentar maior dificuldade na consecução do objetivo.

Quando tivemos oportunidade de assumir o papel de sujeito ativo, i.e., colocar a venda, experienciámos uma importante estimulação sensorial, pois a procura pelos membros do grupo exigia ouvir, cheirar, tocar; e remontámos à nossa infância, à fase da descoberta, lembrando-nos do medo do escuro, do desconhecido; do desconforto de estarmos a ser observados e da possibilidade do erro e do fracasso; da constante e incontrolável curiosidade. E assim, tomámos consciência do que também aquelas crianças sentem, que como elas próprias se situam na experiência e o significado que lhe atribuem.

As crianças estão constantemente numa fase de exploração, de desafio, de tentativa e erro, de aprendizagem, de fantasia e, frequentemente, ainda que contrariamente às suas crenças ou desejos, há situações que fogem ao seu controlo, condicionando as suas emoções, cognições e comportamentos, podendo dirigir a não compreensão ou aceitação dos mesmos, ou a ineficácia da sua gestão, para o técnico que encontra diante de si – fenómenos de transferência. Isto acontece também connosco. Muitas vezes, apesar da maturidade alcançada, deparamo-nos com circunstâncias que nos fazem agir de forma pouco racional, não intelectualizada, quase que instintiva ou impulsiva, mas nem sempre estamos cientes desta realidade até ao momento em que despendemos tempo para refletir sobre o que aconteceu. Na prática em Enfermagem, quando tal acontece, falamos em fenómenos de contratransferência.

Constatámos que olhar para as crianças sem pensar na criança que fomos é impraticável. As sessões com o grupo terapêutico reavivaram memórias outrora guardadas em caixinhas que pensámos não voltar a abrir. Demos por nós a observar determinado comportamento e a pensar que também já fomos assim, revemo-nos em algumas das suas atitudes, comportamentos e

formas de pensar; quem sabe até, na forma de sentir. Por um lado, reconhecemos que esta confrontação poderia comprometer a nossa intervenção junto das crianças, mas tendo em conta a consciencialização que tínhamos acerca daquilo que estava a acontecer, consideramos que só veio enriquecer a experiência, o olhar sobre nós e sobre os Outros e, inevitavelmente, a atuação.

Acolhemos essas recordações, aceitámos os comportamentos que presenciávamos (antecipando-os muitas vezes) e procurámos dar-lhes significado, enquadrá-los na história de cada um, contextualizá-los e trabalhar sobre eles, contribuindo com aquilo que foi a nossa vivência pessoal para o campo profissional, com respeito pelos limites da relação terapêutica, na esperança de que, com o conhecimento prévio da génese de tais manifestações e com aquilo que aprendemos até então, pudéssemos ajudar as crianças a identificar e gerir de forma mais ajustada o que estavam a sentir, promovendo o desenvolvimento de estratégias adaptativas de regulação emocional.

Estes relatos anteriores são igualmente testemunho e permitem-nos assegurar que os critérios de avaliação apresentados para as unidades de competência relativas à primeira competência específica do enfermeiro especialista em ESMP – *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (OE, 2018, p. 21427) –, foram alvo de franco aprofundamento, culminando na obtenção da supracitada competência. Para tal, contribuíram ainda as reuniões de técnicos e a intervenção daí decorrente, pela facilitação da discussão, partilha e reflexão da prática profissional dos envolvidos, mas também das suas próprias respostas emocionais e corporais, enriquecendo desta forma a perspetiva de cada um e promovendo a tomada de consciência de si. Procurámos, através destes momentos, criar oportunidades para acolher sugestões dos nossos pares e ajustar, se necessário, a nossa prática.

De acordo com o Regulamento nº. 515/2018, a seguinte competência do enfermeiro especialista em ESMP declara que este *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* (OE, 2018, p. 21427). No contexto da prática clínica, esta competência foi sendo desenvolvida desde logo no trabalho com o grupo, mas também, e de forma mais pormenorizada e individualizada, a partir do momento em que se definiu a metodologia de trabalho a adotar para o presente relatório e avaliação subjacente da criança em questão.

A observação das crianças e dos pais, bem como as entrevistas que tivemos oportunidade de acompanhar, permitiram-nos realizar uma avaliação sobre cada uma das pessoas com quem iríamos intervir. Recolhemos informação e identificámos uma

multiplicidade de fatores de risco e fatores protetores (sendo que em determinadas situações estes eram quase inexistentes), que facilitaram a compreensão das suas realidades e nos auxiliaram a equacionar de que forma poderíamos ajudar na promoção e proteção da sua saúde mental, atuando concomitantemente na prevenção da perturbação mental. Através destes momentos, foi também possível apreender as respostas humanas de saúde mental enquadradas no desenvolvimento de cada um e as repercussões que estas podem apresentar no bem-estar e qualidade de vida da população infantojuvenil.

Esta etapa da avaliação do cliente e sistemas abrangentes fez-nos perceber que, na tentativa de mitigar os fatores de risco e ampliar os fatores protetores, é fundamental trabalhar não só com a criança, mas também com os seus cuidadores. Quando falamos em cuidadores, falamos nos pais, avós, irmãos, tios, assim como nos pedagogos: educadores, professores. Numa perspetiva ainda mais alargada, o desejável, se exequível e viável, seria colocar também em hipótese o trabalho com a comunidade.

Todos estas conclusões foram sustentadas pela partilha efetuada entre os técnicos do HD. Estes momentos constituem o espaço ideal para trocar os diferentes olhares e achados que os elementos da equipa retiram da própria apreciação sobre cada criança ou adolescente, enriquecendo assim a avaliação de cada criança, grupo, família e comunidade e, consequentemente, a intervenção a desenhar para os mesmos, atendendo ao impacto que a problemática representa na sua funcionalidade e autonomia.

Concluído este processo de avaliação, importa, pela identificação de problemas e necessidades específicas da criança e restantes sistemas, formular diagnósticos enfermagem de saúde mental, recorrendo a sistemas de taxonomia padronizados e preconizados pela OE. Estes diagnósticos podem traduzir um problema já instalado ou um potencial risco de vulnerabilidade a um determinado fenómeno. É fundamental que, neste processo de apreciação e estabelecimento de diagnósticos, haja uma clara diferenciação entre as condições de natureza orgânica ou física e os problemas de saúde mental.

Posteriormente, para cada diagnóstico de Enfermagem levantado, devem ser estabelecidos resultados que se visam alcançar, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental, podendo definir-se prazos específicos para alcance dos mesmos. Neste caso, dada a complexidade do caso e as condicionantes subjacentes à intervenção, optámos por categorizar os resultados em curto/médio prazo e longo prazo.

No sentido de alcançar os resultados desejados, formulámos uma variedade de intervenções de Enfermagem personalizadas e ajustadas ao contexto, tendo em consideração os

recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. Estas ações pressupõem a atuação com a criança, a família e a comunidade escolar, em parceria com as diferentes figuras da equipa multidisciplinar – médica, enfermeira, psicomotricista, assistente social –, contemplando ainda o trabalho em rede com professores, psicóloga e entidades sociais. O conjunto destas atitudes terapêuticas tem como objetivos gerais: aumentar a literacia em saúde dos envolvidos, desenvolver e treinar capacidades, promover o empoderamento da criança, minimizar os fatores de risco e vulnerabilidade associada e produzir fatores de proteção, tendo como fim último a promoção da saúde mental da criança e sua segurança e, concomitantemente, a manutenção da sua integração familiar e social.

Para além de planear, importa também atuar; quer isto dizer que é essencial implementar o planeamento de cuidados realizado. Ao longo do período de estágio tivemos oportunidade de colocar em prática muitas das intervenções que tínhamos delineado, algumas de forma autónoma, outras em colaboração direta com a enfermeira orientadora, cumprindo com os pressupostos anteriormente enunciados. Apesar de desejável, não foi possível desenvolver intervenções previamente estruturadas, porque, tal como clarificado anteriormente, neste contexto, os cuidados estão dependentes daquilo que a criança traz a cada dia para a experiência e de que forma ela própria idealiza ou fantasia o seu rumo. Consideramos que, por um lado, a ausência deste tipo de atividades pode limitar o desenvolvimento de competências nesta área, contudo, acreditamos também que a espontaneidade e imprevisibilidade inerentes aos momentos conduzidos pela criança e centrados no aqui-e-agora, podem enriquecer a prática e estimular, p.e., a criatividade e a prontidão do raciocínio clínico. Inevitavelmente, em Enfermagem o raciocínio indutivo, partindo das experiências vividas das pessoas relativamente às respostas humanas a processos de saúde-doença particulares, tem trazido aportes relevantes para a ciência de Enfermagem.

Neste contexto tivemos também contacto com o método de gestão de caso, através do qual se verificou uma negociação dos cuidados (p.e. com a família), uma articulação entre os serviços clínicos e os recursos comunitários e a coordenação dos cuidados de saúde, com vista a assegurar a continuidade dos mesmos, e assim garantir ganhos efetivos para a pessoa cuidada.

Evidentemente, depois de executadas as intervenções, não se pode descurar a avaliação de todo o processo de cuidados, que nos permite aferir se os resultados esperados foram ou não conseguidos e se é necessário reformular intervenções e/ou diagnósticos. No nosso processo de cuidados, decidimos colocar indicadores de avaliação, i.e., nomeámos quais os instrumentos

que nos facilitavam a realização dessa avaliação, entre eles, os dados diretos da observação e entrevista, mas também aqueles a que tínhamos acesso nas reuniões entre técnicos.

Este processo, que implica um pensamento crítico concreto, encontra-se plasmado no processo de cuidados elaborado para a criança do caso em estudo e a sua análise permite-nos comprovar que a competência do enfermeiro especialista em ESMP que declara que este *“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”* (OE, 2018, p. 21427) foi devidamente explorada e alcançada.

A quarta e a última competência específica do enfermeiro especialista sublinha que este *“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (OE, 2018, p. 21427), completando e complementando todo o processo de avaliação e planeamento até aqui desenvolvido. No sentido de adquirir esta competência, procurámos intervir, sob variadas abordagens, em diferentes domínios e contextos não só da criança alvo do estudo de caso, mas também das restantes crianças que acompanhámos em grupo.

Acreditamos que um dos pilares fundamentais para o sucesso da nossa intervenção é a psicoeducação, a qual deve ser dirigida não só à pessoa, mas também ao grupo, família e comunidade, adaptando a forma de transmitir conhecimentos e competências de acordo com a faixa etária, o nível de literacia e a disponibilidade e motivação do outro para a aprendizagem. Indiscutivelmente, não podemos esperar ensinar, educar, orientar, apoiar e capacitar da mesma forma crianças e adultos, pelo que este foi o principal desafio que encontrámos neste âmbito.

Pelo percurso profissional vivenciado até ao momento, estamos familiarizados com a atuação junto de adultos, tanto no papel de pessoa cuidada quanto no de pessoa significativa, experiência esta que nos munia já de algumas ferramentas facilitadoras para a realização de intervenções psicoeducacionais junto destes. No HD, este tipo de intervenções com adultos é essencialmente dirigido aos cuidadores das crianças que o integram, e podem ocorrer tanto em contexto individual quanto de grupo.

Frequentemente, o que os pais/avós/tios procuram nos técnicos do HD são respostas às suas questões, algumas delas relacionadas com as alterações que observam na criança e com a abordagem terapêutica. Perante isto, importa esclarecer diretamente as suas dúvidas, orientando-os no processo de avaliação, diagnóstico, tratamento e evolução; ensinando-os acerca dos aspetos clínicos implicados neste processo; e apoiando-os ao longo do percurso,

mostrando disponibilidade e sensibilidade na abordagem de temas particulares, como é o caso da sexualidade, violência ou *bullying*. Mesmo que os cuidadores não sejam capazes de verbalizar quais as suas dúvidas (por vergonha, p.e.), é de extrema importância que estejamos despertos para as suas necessidades, planeando e dirigindo a nossa ação para as mesmas.

Este tipo de intervenções tomaram lugar no grupo de pais e, pontualmente, em consultas individuais, atendendo a pedidos dos familiares ou à carência identificada, sendo guiadas pela enfermeira orientadora. A transmissão de conhecimentos e o treino de capacidades para lidar com os problemas de saúde mental das suas crianças ajuda-os não só a compreender estes fenómenos, como também promove uma maior adesão dos próprios familiares ao tratamento.

Paralelamente a este trabalho, executou-se também psicoeducação junto do grupo de crianças. Aqui, a difusão da informação ocorre de maneira algo diferente, isto porque, as suas perguntas tendencialmente não são sobre si, mas sobre os outros; e também porque normalmente os aspetos abordados não se focam no domínio clínico puro, mas nos comportamentos e atitudes com que eles próprios se confrontam. Procuramos fazê-los pensar, colocamos hipóteses, tentamos que haja primeiro uma partilha entre os membros que possa despertar um *insight* efetivo dos seus problemas, assim como uma *awareness* crescente para as condições dos restantes elementos. Na verdade, acaba por existir uma mescla entre as intervenções psicoeducacionais e as intervenções psicoterapêuticas.

De facto, reconhecemos que as intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas constituem o fundamento vital do trabalho realizado no HD, tanto no que respeita às crianças quanto às suas famílias. De seguida, iremos abordar de que forma estas foram implementadas e quais os ganhos desejados e alcançados com a realização das mesmas.

Relativamente ao trabalho efetuado com os cuidadores, ressalvamos a importância dos grupos de pais. Nestes, para além das questões relacionadas com os aspetos clínicos relativos às problemáticas das crianças, estes esperam também que o terapeuta lhes forneça um conjunto de conselhos ou recomendações sobre como devem agir ou, no sentido lato, como fazer. Neste contexto, procuramos devolver-lhes as suas próprias questões, no sentido de facilitar e incentivar a discussão entre os diferentes membros, na tentativa de que as preocupações individuais promovam a identificação de dificuldades comuns, mas também de recursos importantes para o processo terapêutico. Depois procede-se a uma reformulação daquilo que foi dito e sentido durante a sessão, procurando efetuar uma leitura mais compreensiva da natureza da relação pais-filhos e das dificuldades inerentes a essa relação, com a finalidade de os ajudar a sentirem-se mais confiantes e competentes nas suas funções parentais.

No que respeita ao trabalho com as crianças, as intervenções psicoterapêuticas surgem, em primeiro plano, em grupo, privilegiando-se a utilização de mediadores de expressão como o desenho, a escrita e o jogo; a execução de técnicas de relaxamento, essencialmente na fase de partilha; e, pontualmente, a gestão da agressividade e impulso. A intervenção psicoterapêutica de grupo representa uma resposta terapêutica de importante valor, já que durante este estágio a criança traz consigo uma curiosidade e um interesse imensos sobre aquilo que se passa com os outros e é com e nos outros que é possível encontrar um sentido de identidade e um encorajamento mútuo para a procura do conhecimento interno.

As intervenções psicoterapêuticas em contexto grupal focam-se, tal como abordado anteriormente, no *aqui-e-agora*, nas vivências de cada criança, na natureza e dinâmica das suas relações com os pares e adultos, nas suas respostas emocionais e comportamentais às vicissitudes que vão surgindo ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Nesse contexto, procurámos desenvolver com elas intervenções centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições pelas quais estão a passar e na integração da sua problemática e incapacidades desencadeadas pela mesma, que facilitassem a libertação de tensões emocionais e o desenvolvimento de respostas adaptativas com vista a manterem/restaurarem a sua saúde mental e gerarem mudanças positivas no decorrer das suas experiências, tornando-as gratificantes. Além disso, objetivava-se ainda que as crianças fossem capazes de elaborar novas razões para o problema, aumentando assim o seu *insight*.

Este tipo de intervenções são complementadas com intervenções socioterapêuticas, nomeadamente através da gestão do ambiente, com a criação de um *setting* terapêutico contendor, propício ao sucesso das restantes ações; do treino da resolução de conflitos, que quando utilizada de forma eficaz, pode promover um ambiente de equipa e de cooperação; e da dramatização. Não se executa um psicodrama ou sociodrama autênticos, mas procura-se, com base nos mesmos princípios e uma adaptação específica, alcançar alguns dos benefícios subjacentes a estas técnicas: desenvolvimento do autoconhecimento e *insight* durante o processo de tratamento; promoção da expressão de sentimentos e emoções, auxiliando na libertação emocional e catarse; criação de mudanças comportamentais; tomada de consciência acerca das suas relações interpessoais e/ou aspetos nocivos das mesmas; melhor compreensão do próprio, das suas circunstâncias e o papel de outros nas mesmas.

Foi já referido anteriormente que as intervenções em grupo foram executadas em regime de coterapia, onde se espera que haja uma complementaridade dos terapeutas, com o objetivo de criar uma rede de suporte que facilite o desenvolvimento ótimo das sessões. Enquanto

coterapeutas, tivemos a oportunidade, tal como esperado por quem assume este papel, de privilegiar a observação, permitindo-nos recolher e, subsequentemente, partilhar um olhar diferente sobre aquilo que se passava com e no grupo, mas também com cada uma das crianças que o constituíam. Este exercício contribuiu não só para o enriquecimento do conhecimento que a equipa detém acerca do funcionamento individual de cada criança, como também da forma como estas se relacionam socialmente e até familiarmente. Concomitantemente, foi também possível participar ativamente, assumindo tendencialmente um papel contrastante com o da terapeuta, no sentido de gerar mais ação-reação no grupo e analisar as diferentes respostas emocionais e comportamentais dos seus elementos. No fundo, este papel permitiu ampliar a interação e a exploração das crianças com que trabalhámos. Acrescentar ainda que, por vezes, perante episódios ou comportamentos disruptivos, foi necessário que a terapeuta realizasse uma intervenção psicoterapêutica individual, devendo a intervenção em grupo continuar, pelo que os restantes elementos permaneciam sob a responsabilidade dos coterapeutas.

Para além das intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas e socioterapêuticas, tivemos ainda contacto, ainda que de forma menos aprofundada, com intervenções psicossociais. Estas decorreram em parceria com a assistente social e refletem-se essencialmente no trabalho estabelecido com as escolas e outras estruturas da comunidade. Pretende-se com estas ações, promover o conhecimento acerca da problemática da criança e a sua reabilitação psicossocial; introduzir ambientes que promovam um desenvolvimento saudável, protegendo a criança e auxiliando na mitigação de fatores de risco; ajudar a criança a atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal.

Paralelamente às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, com particular interesse na área da ESMP, foram também desenvolvidas atividades que nos permitissem reunir as condições necessárias à aquisição de competências referentes à atribuição do **grau de Mestre**, publicadas no artigo 15º do capítulo III do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), atividades essas que vieram complementar os projetos apreendidos e realizados até ao momento no Curso de Mestrado em Enfermagem, assim como a experiência clínica decorrente da prática profissional.

O 1º ciclo de estudos habilita-nos para o exercício da Enfermagem, mas esta exige uma constante atualização de conhecimentos, que permita a prestação de cuidados devidamente fundamentados, ajustados e especializados, facto que foi sendo reforçado ao longo dos anos de prática clínica. Nesse sentido, procurámos de forma autónoma investir nessa progressão de aprendizagem, através da pesquisa de evidência científica que alargasse o leque de

conhecimentos e sustentasse a nossa atuação, recorrendo também ao conhecimento de colegas mais experientes.

Apesar deste movimento autodidata, considerámos que era necessário dar continuação a este processo. Perante esta convicção, surge a ingressão no curso supracitado, que representa por si só a procura pelo desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos. A componente teórica com enfoque em diferentes áreas veio enriquecer os conhecimentos até então conseguidos, não só através da sua atualização, mas também, e acima de tudo, pela geração de novos saberes. Destacamos a importância dos conteúdos abordados nas unidades curriculares de *Investigação em Enfermagem* e *Gestão em Saúde e Governação Clínica*, onde foi possível contactarmos com diferentes metodologias de investigação e pesquisa em várias bases de dados, recorrendo à criação de equações booleanas, que estreitavam os resultados; bem como produzir evidência científica, nomeadamente, artigos, com base nas aprendizagens obtidas.

Em contexto do estágio final, consideramos que a contínua procura por evidência científica que nos facilitasse uma maior compreensão das problemáticas e temáticas a trabalhar naquele contexto, com tudo o que isso implica; assim como a transmissão de conhecimentos por parte da enfermeira orientadora e outros técnicos; e ainda a discussão entre os vários elementos da equipa, se assumem como os principais impulsionadores para a aquisição da competência de Mestre que declara que este deve

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;”
- (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Esta publicação, afirma também que, no sentido de alcançar o grau de Mestre, é necessário “*Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo*” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018; p.4162).

Indubitavelmente, esta premissa traduziu-se numa realidade consumada. A experiência profissional até à data dizia respeito à prestação de cuidados de Enfermagem a pessoas adultas com perturbação mental em fase aguda, internadas num serviço de saúde mental e psiquiatria.

Em contrapartida, estes 4 meses de estágio tomaram lugar numa unidade ambulatorial, que funciona em regime parcial e cuja assistência se destina a crianças na segunda infância. O panorama modifica-se por completo, tanto pela valência de cuidados, quanto pela faixa etária das pessoas cuidadas. Cada dia surgia um novo desafio e com ele desenvolvíamos esta competência, ajustando os nossos conhecimentos, capacidades e habilidades ao contexto e necessidades das crianças e famílias que encontrávamos.

Este caminho só foi possível dado o trabalho multidisciplinar e o trabalho em rede com o qual tivemos oportunidade de contactar. Na verdade, constatámos que se não se verificar uma partilha de responsabilidades e diferenciação de cuidados por cada área de estudos, o sucesso do tratamento pode ficar comprometido.

Concomitantemente, o Mestre deve demonstrar

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

No decorrer da nossa prática profissional, deparamo-nos inúmeras vezes com esta necessidade, porém, em contexto de estágio reconhecemos uma marcada complexidade, por todos os aspetos mencionados anteriormente. No cuidado às crianças e adolescentes, e respetivas famílias, é de extrema importância que se verifique um aprimoramento destas capacidades e habilidades, não esquecendo a sensibilidade imprescindível perante a abordagem de alguns temas ou eventos. A infância e a adolescência estão recheadas de questões melindrosas, tanto para quem as vivem quanto para os pais (ou cuidadores), pelo que é necessário aprender a compreendê-las e refletir sobre elas e, ao mesmo tempo, procurar disseminar estes pensamentos junto das crianças/adolescentes e suas famílias.

À medida que este processo decorre, tanto para nós próprios, quanto depois na transmissão da informação, é também impreterível ter em consideração as normas sociais e os aspetos éticos implicados na situação, refletindo que forma estes estão ou não a ser respeitados e quais as repercussões de determinada decisão pode ter sobre cada uma destas dimensões. Em contexto de estágio, consideramos que as reuniões entre os técnicos do HD foram particularmente enriquecedoras deste processo de análise e reflexão.

Acrescentamos que a unidade curricular *Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem* se revelou como uma fonte relevante de ferramentas cruciais que contribuíram uma ponderação e discussão corretamente fundamentadas.

Para além das competências enunciadas, os aspirantes a Mestre, que procuram obter esse título, devem “*Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162). Quer isto dizer que, depois de concluída uma apreciação e avaliação de dada pessoa, problemática ou situação, importa partilhar o caminho efetuado e os resultados obtidos junto da pessoa cuidada, mas também da sua família, bem como junto de colegas ou parceiros de trabalho.

Esta é uma tarefa já trivial para nós, que executamos diariamente na nossa prática, no entanto, reconhecemos que ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, foi alvo de aperfeiçoamento, tanto ao longo do ramo teórico, através p.e. da discussão em aula, apresentação expositiva de trabalhos individuais/grupo e partilha de experiências pessoais e profissionais; quanto agora na vertente mais prática deste ciclo de estudos.

Remetendo para o período de estágio, consideramos que este exercício é intrínseco à intervenção com as crianças, partindo não só de nós, mas também e essencialmente, motivado por estas, dada a sua curiosidade inata. A incessante procura por respostas e interesse no mundo, assim como a necessidade de satisfação imediata que as crianças exigem, implica que tenhamos de ter esta capacidade o mais aferida possível, de forma a responder às necessidades que o público-alvo nos apresenta e evitar a geração de stressores.

No entanto, não foi só junto das crianças que desenvolvemos esta capacidade. Também no seio da equipa multidisciplinar se constatou investimento na mesma, especialmente nas reuniões que sucediam as sessões com o grupo terapêutico. Nestas era possível transmitir, de forma objetiva e sucinta, os dados recolhidos pela observação e a nossa leitura da situação, esclarecendo o raciocínio clínico efetuado para tal resultado. Acreditamos que este exercício é fundamental para que possamos comunicar informação com clareza, de forma concreta e competente.

A última competência de Mestre, exige que este demonstre “*Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Na nossa perspetiva, o conhecimento é vital, pelo que não somos capazes de perspetivar outra realidade que não a de uma aprendizagem contínua, que comece em nós próprios. Atestamos isto com a continuada investigação sobre assuntos que não dominamos e nos suscitam interesse e/ou dúvida; com a participação em diferentes ações de formação, no papel de formandos mas também de formadores, onde procuramos difundir e apreender novos saberes e técnicas; e com a partilha de ideias entre colegas da mesma área de estudos ou campos relacionados, que venha enriquecer o nosso leque de conhecimentos, assim como a nossa experiência profissional e pessoal.

Por tudo o que aqui foi exposto, acreditamos ser detentores das competências exigidas para obter o título de Mestre e enfermeiro especialista em ESMP.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo marca não só o encerrar desta produção literária, como também o fim da jornada que há 2 anos se iniciou, dando-se agora espaço para efetuar uma síntese do corpo do trabalho, avaliar a consecução dos objetivos estabelecidos na abertura do mesmo e explanar as suas principais contribuições nas óticas pessoal e profissional.

Os problemas de saúde mental são transversais a qualquer estágio do ciclo vital, devendo-se contemplar os determinantes em saúde mental de forma a avaliar o risco inerente ao desenvolvimento de tais condições, determinantes esses que podem ser divididos em fatores de risco e fatores protetores. No curso do desenvolvimento, estes fatores podem sofrer múltiplas mudanças e condicionar de forma díspar as experiências, as competências a adquirir e as estratégias de adaptação aos diversos contextos e eventos diários.

As particularidades inerentes à infância e adolescência e a percentagem de início de perturbações mentais durante as mesmas, tornam estes estádios alvo de especial atenção por parte da Enfermagem. A extensa investigação e revisão da evidência científica permitiu-nos uma melhor compreensão da instalação, curso e tratamento das perturbações mentais na infância e adolescência e a articulação entre este fenómeno e aqueles que surgem (ou se perpetuam) em estádios seguintes, assim como das diferentes intervenções que é possível executar a nível da prevenção da doença e proteção da saúde; promoção da saúde; tratamento; e reabilitação e reinserção social.

Estreitando o escopo dessas intervenções para os cuidados a crianças/adolescentes com perturbações da ansiedade, concluímos que é imprescindível uma abordagem holística, sistémica e individualizada, atuando em equipa junto da criança, família e comunidade, através do planeamento e implementação de um plano de cuidados que contemple intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, com o objetivo de mitigar os stressores que desencadearam a instabilidade do(s) sistema(s) e facilitar a adaptação bem-sucedida à mudança.

Remetendo ao objetivo geral enunciado para este relatório, bem como ao título deste relatório, consideramos que este expõe de forma clara e minuciosa o percurso realizado no estágio, clarificando o contributo da ESMP na gestão das respostas (des)adaptativas das crianças e adolescentes, enquadradas no seu desenvolvimento, contextos e experiências de vida. Assim, à semelhança do objetivo geral, defendemos também que a conquista dos 4 objetivos específicos para este relatório foi bem-sucedida.

Os ganhos em termos académicos e profissionais são mais do que evidentes através da leitura integral deste relatório, contudo, gostaríamos de ressaltar também os contributos conseguidos a nível pessoal. O período de estágio compreendeu variados desafios desde cedo. O seu início foi pautado por constantes mudanças e incertezas, tanto no que dizia respeito ao local de estágio, quanto à valência de cuidados e começo concreto do mesmo. Após um hiato transitório na unidade de internamento de pedopsiquiatria, com a duração de aproximadamente 1 mês, iniciou-se finalmente a experiência que daria forma a este resultado. No entanto, este ainda não seria o momento onde a serenidade reinava. Deparámo-nos uma vez mais com a necessidade de transitar entre grupos (de crianças e de pais), no sentido de articular eficazmente os diferentes elementos que integravam à data o HD e os diferentes grupos, procurando manter o fundamento terapêutico da abordagem que ali se praticava. Por fim, encontrámos o nosso espaço e o nosso papel e pudemos delinear objetivos ajustados ao contexto e à prática.

Apesar das sucessivas alterações que foram ocorrendo, consideramos que também isso foi uma experiência por si só – uma experiência que nos relembra da imprevisibilidade do momento, da possibilidade de ocorrência de contrariedades e da necessidade de procura por estratégias que transformem um evento (aparentemente) dificultador numa fonte de aprendizagem. Nestes 4 meses aprendemos a olhar para os obstáculos como oportunidades de crescimento, desenvolvendo assim a nossa capacidade de resiliência. Na verdade, acabámos por apreender aquilo que pretendíamos também transmitir às crianças com quem trabalhamos.

Muitas vezes, um dos aspetos mais importante quando trabalhamos com crianças/adolescentes é proporcionar-lhes aquilo a que não tem acesso: experiências positivas; um ambiente securizante; uma atitude contentora, com a dose equilibrada de afetos; a oportunidade para pensarem, para se relacionarem, para fantasiarem e sonharem. O trabalho é bastante exigente, mas reconhecemos o quão vital é para esta população e famílias, mas também o sentimento de concretização que os resultados trazem àqueles que fazem parte deste caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5* (5ª edição). Climepsi.
- Arsaln, I., Lucassen, N., Lier, P., Haan, A. & Prinzie, P. (2021, setembro). Early childhood internalizing problems, externalizing problems and their co-occurrence and (mal)adaptive functioning in emerging adulthood: a 16-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 56, 193-206. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01959-w>
- Aylward, P. (2010). Betty Neuman's Systems of Model. In Parker, M. & Smith, M. (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice* (3rd edition). F.A. Davis Company.
- Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2020-2021). National Survey of Children's Health (NSCH) data query. Data Resource Center for Child and Adolescent Health supported by the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Disponível em [NSCH 2020 21: Children with mental, emotional, developmental or behavioral problems, Nationwide \(childhealthdata.org\)](https://www.childhealthdata.org/)
- Costa, E. (2014, junho). *Problemas de internalização e externalização em crianças da comunidade em risco psicossocial e em acolhimento institucional* (dissertação de mestrado). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Minho, Portugal.
- Cotter, A., Todd, M. & Brestan-Knight, E. (2018). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM). In Niec, L. (Ed.). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy* (pp. 113-128). Springer.
- Esposito, M., Gimigliano, F., Barillari, M., Precenzano, F., Ruberto, M., Sepe, J., ... Carotenuto, M. (2017, outubro). Pediatric selective mutism therapy: a randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(5), 643-650. doi: 10.23736/S1973-9087.16.04037-5
- Feiteira, B. & Cerqueira, M. (2017, novembro). Sugestões dos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da utilização da técnica de conferência familiar. *Revista de Investigação em enfermagem*, 21(2), 27-38. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusociência.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003, junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Gattai, M. (2019). *Dinâmicas de grupo: da teoria à prática*. Editora Senac São Paulo.
- Gençer, H. (2019). Group Dynamics and Behaviour. *Universal Journal of Educational Research*, 7(1), 223-229. doi: 10.13189/ujer.2019.070128
- Im, E. (2022). Afal Ibrahim Meleis: Transitions theory. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 306-319). Elsevier.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). Global Burden of Disease (GBD) study. Disponível em <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/380dfa3f26639cb711d908d9a119ded2>
- Kristensen, H., Oerbeck, B. & Manassis, K. (2019). Chapter 11 – Selective Mutism. In Compton, S., Kristensen, H. & Villabo, M. (Eds). *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 225-250). Elsevier.
- Lawson, T. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 231-246). Elsevier.
- Lorenzo, N., Cornacchio, D., Chou, T., Kurtz, S., Furr, J. & Comer, J. (2021, julho). Expanding Treatment Options for Children With Selective Mutism: Rationale, Principles, and Procedures for an Intensive Group Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(3), 379-392. doi: 10.1016/j.cbpra.2020.06.002
- Marmarosh, C. (2021). Group Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: Integrating Theories, Research, and Practice. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(3), 487-493. doi: 10.1080/00207284.2021.1922040
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M. & Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 710-715. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.05.040

- Muniz, C., Fox, B., Miley, L., Delisi, M., Cigarran II, G. & Birnbaum, A. (2019). The Effects of Adverse Childhood Experiences on Internalizing Versus Externalizing Outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 46(4), 1-22. doi: <https://doi.org/10.1177/0093854819826213>
- Muris, P. & Ollendick, T. (2021). Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159-167. doi: 10.2147/PRBM.S274538
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). "Regulamento n.º 515/2018". Diário da República, 2ª série, 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). "Regulamento n.º 140/2019". Diário da República, 2ª série, 26 (fevereiro): 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Pereira, C., Ensink, J., Guldner, M., Kan, K., Jonge, M., Lindauer, R. & Utens, E. (2020, setembro). Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 19, 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644>
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). "Decreto-Lei n.º 65/2018". Diário da República, série I, 157 (agosto): 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Ramage, M. & Shipp, K. (2020). *Systems Thinkers* (2nd edition). Springer.
- Rozenek, E., Orlof, W., Nowicka, Z., Wilczynska, K. & Waszkiewicz, N. (2020). Selective mutism – an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg?. *Psychiatria Polska*, 52(2), 333-349. doi: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/108503>
- Sánchez-Hernández, M., Holgado-Tello, F. & Carrasco, M. (2023). Network Analysis of Internalizing and Externalizing Symptoms in Children and Adolescents. *Psicothema*, 35(1), 66-76. doi: <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.17>

- Scharfe, E. (2000). Development of Emotional Expression, Understanding, and Regulation in Infants and Young Children. In Bar-on, R. & Parker, J. (Eds.). *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 244-262). Jossey-Bass.
- Smith-Schrandt, H. & Ellington, E. (2018). Unable to Speak - Selective Mutism in Youth. *Journal of Psychosocial Nursing*, 56(2), 14-18. doi: 10.3928/02793695-20180122-04
- Sousa-Machado, T. & Diogo, C. (2017). Problemas de externalização e internalização em pré-adolescentes e vinculação aos pais. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 4(1), 42-51. doi: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.4.1.1553>
- Steains, S., Malouff, J. & Schutte, N. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child Care Health Dev.*, 47, 771-781. doi: 10.1111/cch.12895
- Thompson, R. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307.
- Tronick, E. (1989, fevereiro). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychological Association*, 44(2), 112-119.
- Wheelan, S. (1986). Kurt Lewin's Influence on the Field of Mental Health. In Stivers, E. & Wheelan, S. (Eds.). *The Lewin Legacy. Recent Research in Psychology* (pp. 72-78). Springer.
- WHO (2012). Risks to Mental Health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health>
- WHO (2021). Improving the mental and brain health of children and adolescents. Disponível em [Child and adolescent mental and brain health \(who.int\)](#)
- Wonders, L. (2020). Play Therapy for Children with Selective Mutism. In Kaduson, H, Cangelosi, D. & Schaefer, C. (Eds.). *Prescriptive Play Therapy: Tailoring Interventions for Specific Childhood Problems* (pp. 92-104). The Guilford Press.

APÊNDICES

Apêndice I – Dados Biográficos de Betty Neuman

Betty M. Neuman nasceu em 1924 em Ohio, tendo despendido toda a sua infância, adolescência e início da vida adulta num meio rural, experiência que despertou em si uma constante empatia pelas pessoas com necessidades, como podemos atestar ao longo da sua carreira. No ano de 1947, concluiu a sua primeira educação em Enfermagem com dupla honra pelo Peoples Hospital School of Nursing e mudou-se para a Califórnia, onde desempenhou diferentes funções, entre elas enfermeira em meio hospitalar, escolar e industrial e ainda orientadora clínica na University of Southern California Medical Center. Em 1957 concluiu um bacharelato em Saúde Pública e Psicologia e, mais tarde, um Mestrado em Saúde Mental (1966) e um Doutorado em Psicologia Clínica (1985) (Lawson, 2022).

No início dos anos 70, Neuman desenhou um modelo concetual de Enfermagem para estudantes da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), com o objetivo de expandir a sua compreensão acerca das variáveis do cliente além do modelo médico, publicando pela primeira vez o seu Modelo de Sistemas, mais tarde inscrito no livro *The Neuman Systems Model: Applications to Nursing Education and Practice* (1982). Após desenvolvimento e revisões deste Modelo encontramos novas ilustrações do mesmo em publicações subsequentes (Lawson, 2022).

Desde esse marco, a autora foi envolvida em numerosas publicações, apresentações de artigos, discussões, palestras e conferências sobre a aplicação e uso do Modelo. Atualmente, vive em Seattle e continua a ter um papel consultivo no Neuman Systems Model Trustees Group (Lawson, 2022).

Apêndice II – Dados Biográficos de Afaf Meleis

Afaf Ibrahim Meleis nasceu em Alexandria, Egito. A Enfermagem faz parte da sua vida desde sempre, tendo, por influência da sua mãe, ganho especial interesse por esta área e pelo potencial de desenvolvimento da disciplina (Im, 2022).

Meleis concluiu a sua formação em Enfermagem pela Universidade de Alexandria, emigrando depois para os Estados Unidos da América, com o objetivo de frequentar uma pós-graduação como membro do Rockefeller, tornando-se assim uma enfermeira académica. Mais tarde, Meleis obteve, pela UCLA, um Mestrado em Enfermagem (1964), um Mestrado em Sociologia (1966) e um Doutoramento em Psicologia Clínica e Social (1968), tornando-se depois professora assistente no mesmo estabelecimento de ensino até 1971, ano em que transita para a Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF), onde permaneceu 34 anos e onde a sua teoria foi desenvolvida (Im, 2022).

A pesquisa de Meleis foca-se na saúde global, na saúde imigrante e internacional, na saúde das mulheres e no desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem. É autora de mais de 200 artigos em diferentes domínios (ciências sociais, Enfermagem), de 45 capítulos e de várias monografias, procedimentos e livros (Im, 2022).

A Teoria das Transições começou a ser desenvolvida em meados dos anos 60, no decorrer do doutoramento da autora, e pode ser rastreada durante anos de pesquisa com colegas e estudantes. O seu trabalho mais inicial neste escopo definiu transições não saudáveis ou ineficazes em relação com a insuficiência de papéis (cujo significado remete para a dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e objetivos associados com o comportamento do papel conforme percebido pelo próprio ou por outros significativos. Esta concetualização, levou Meleis a definir o objetivo das transições saudáveis como domínio dos comportamentos, sentimentos, pistas e símbolos associados com novos papéis e identidades e processos não problemáticos (Im, 2022).

A teórica defendia que o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem se focava no efeito terapêutico da disciplina e não na compreensão dos fenómenos relacionados com as respostas perante situações de saúde e doença, o que conduziu ao desenvolvimento da suplementação de papel como uma terapêutica de Enfermagem, sendo esta definida como qualquer processo deliberado através do qual a insuficiência de papel (real ou potencial) pode ser identificada por quem assume o papel principal, bem como por outros significativos. Assim, a suplementação do papel incluiu tanto a clarificação do papel quanto tomada do mesmo, que pode ser preventivo ou terapêutico (Im, 2022).

Estas mudanças do pensamento teórico de Meleis facilitaram que a suplementação de papel como terapêutica de Enfermagem ganhasse terreno nas suas investigações. As questões principais das suas pesquisas prendiam-se com uma melhor definição dos componentes, processo e estratégias relacionados com o tema em questão, sugerindo que tal faria a diferença, pois permitia ajudar os doentes a completarem uma transição saudável. Tudo isto levou Meleis a definir saúde como um domínio (Im, 2022).

A teoria da suplementação de papel foi utilizada em diversos estudos, tanto pela própria quanto por outros investigadores, instigando na autora o desejo em compreender a natureza das transições e da experiência humana no decorrer das mesmas. Durante este período, a população de interesse da sua pesquisa transitou para imigrantes e a sua saúde. Esta mudança fez com que Meleis revisse e questionasse as transições como conceito (Im, 2022).

No sentido de desenvolver de forma mais aprofundada este trabalho teórico, a teórica iniciou pesquisas bibliográficas extensas (310 artigos no total), em colaboração com Schumacher (estudante de doutoramento da UCSF), com a finalidade de descobrir quão ampla tinha a transição sido aplicada como conceito ou estrutura na literatura em Enfermagem. Este trabalho deu resultado ao constructo da transição, que foi aceite por diferentes académicos e investigadores, que começaram a utilizá-la nos seus estudos como enquadramento conceptual, levando ao progressivo desenvolvimento da mesma para uma teoria de médio-alcance. As entidades referidas analisaram os seus resultados relacionando-os com as experiências e respostas às transições, identificando semelhanças e disparidades no uso da transição; os achados foram comparados, contrastados e integrados pela extensa leitura, revisão e discussão, assim como em encontros de grupo. Em 2000, surge a publicação deste trabalho coletivo, que tem sido amplamente empregue nos estudos em Enfermagem, bem como em projetos que visam o desenvolvimento de teorias de situação específica (Im, 2022).

Em 2010, Meleis colecionou todos os trabalhos teóricos da literatura relacionados com a Teoria das Transições e publicou-os num livro intitulado *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Cinco anos mais tarde, a autora publica um capítulo numa outra obra sobre a Teoria das Transições, que reflete os seus pareceres mais recentes acerca da mesma (Im, 2022).

Apêndice III – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 11 de outubro de 2022

O primeiro contacto com a N. decorreu na sala de espera do HD, enquanto esta brincava com os alimentos de plástico, cesto das compras e máquina registadora, com a mãe junto de si. Aproximei-me da N. e procurei colocar-me à sua altura, apresentando-me de seguida e questionando o seu nome. Procura de imediato a mãe com o olhar e agarra-se às suas pernas. Tento adivinhar o seu nome e, após duas tentativas falhadas, pergunto-lhe se começa pela letra “N”. Assenta com a cabeça. Indago se o seu nome será N. Sorri e volta a acenar de forma afirmativa. Pergunto-lhe quantos anos tem e mostra-me, erguendo 4 dedos em cada mão, que tem 8 anos. Após contar os dedos que tem levantados, exclamo a sua idade, e tento explorar o que está a fazer. A N. volta para a brincadeira.

Pergunto-lhe se quer ir às compras, sento-me junto da caixa recheada de alimentos e a N. acompanha-me com o cesto das compras. Começa por retirar algumas frutas (maçã, uvas), um donut e um croissant, que me faz proferir “Hmm, pareces-me gulosa!”. Solta um breve sorriso e coloca a mão a tapar a boca. “Achas que precisas de mais alguma coisa?” – acena afirmativamente – “Vamos ver o que temos aqui.” – digo-lhe enquanto reviro alguns dos brinquedos guardados. Mostro-lhe a beringela, o pimento, o ovo, a banana – guarda os primeiros e deixa a banana em que peguei na caixa, mas encontra uma mais pequena e coloca-a no cesto; pega também em alguns frascos que se assemelham a produtos de limpeza. “Queres mais alguma coisa ou temos tudo?” – diz-me que não pelo movimento da cabeça, pega no cesto e dirige-se para a bancada atrás, onde deixou a caixa registadora.

Coloca os produtos no tapete rolante e passa-os, um a um, pela caixa – acompanho os seus movimentos com sons “bip, bip”, de cada vez que passa um novo artigo. Sorri de forma fugaz, aparentemente a gostar. Quando terminou, digo-lhe que agora falta pagar as compras e pergunto-lhe como vai fazer. Aflita, olha imediatamente para a mãe, puxando o seu braço “Tem de ser com dinheiro, N.” – devolve-lhe a mãe. Transmito que existem notas fictícias e sugiro que as procure. Encontra-as na caixa registadora e retira algumas. Combinamos um valor de 16€ para as suas compras, equiparado ao número de artigos que tinha no seu cesto, e a N. mostra-me uma nota de 20€. Digo-lhe que tenho de lhe dar troco e pergunto se sabe quanto. Começa a contar com os dedos, levantando um a um, com alguma dificuldade e procurando validação, mas a mãe acaba por dar a resposta, o que me faz afirmar “A mãe viu que estavas aflita e ajudou-te, às vezes precisamos. Obrigada pelas compras!”. Recolhe as moedas que lhe dei para as mãos, e a mochila onde guardou as compras e volta a colocar tudo na caixa, com incentivo da mãe para arrumar os brinquedos. Volta uma vez mais para junto da caixa

registadora, carregando em alguns dos seus botões e depois arruma-a também. “Já está N.?” – questiona a mãe. Assente com a cabeça e volta a abraçar a mãe, dirigindo-lhe o olhar. Ambas caminham para as cadeiras da sala, onde se sentam. Despeço-me de si com um sorriso e um aceno de mão “Até já!” – não devolve.

Apêndice IV – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 7 e 14 de novembro de 2022

Nos contactos subsequentes, foi progressivamente dirigindo mais vezes o olhar para mim e para aquilo que fazia, demonstrado maior vontade de estar em relação. Mostrava-me o brinquedo que traz sempre consigo – um morango *pop-it* de diferentes cores – e, quando solicitado, demonstrava como se brincava, rebentando as pequenas saliências de forma muito rápida. Entregava-mo para a mão e eu experimentava junto da N., devolvendo-lhe que não conseguia fazer igual e que ela tinha muita experiência – voltava a pegar no brinquedo e repetia os movimentos uma vez mais. Reforcei positivamente “És mesmo muito rápida!” – assentiu, sorrindo, entregando depois o brinquedo à mãe. Explorava também outros brinquedos na sala, como p.e., o navio. Colocava-o em cima do banco de madeira e abria-o, mudando os elementos de sítio e posicionando figuras no topo do mesmo – deixava-me observá-la, mas não me olhava nem me convidada para brincar. Decidi narrar alguns dos seus movimentos e, por vezes, sorria. No início, transitava com alguma frequência entre brinquedos.

Noutra ocasião, com a sua mochila junto de si, retirou o caderno da escola e mostrou o TPC que havia feito – o desenho de uma figura humana, seguindo as instruções dadas na ficha pela professora. Elogiei o resultado, reforçando que tinha conseguido desenhar tudo como era pedido. Folheou outras páginas, onde se podia ler, p.e., histórias que escrevia – “Tu escreves muito bem, que letra bonita! Gostei muito de ler as tuas histórias!” – sorri e olha para a mãe, que logo anuncia “A N. não gosta muito da escola nem de fazer os trabalhos. Foi a irmã que a ajudou, outra vezes sou eu.” – esconde-se atrás da mãe. “Pois, os trabalhos às vezes são um bocadinho chatos e não nos apetece nada fazê-los, mas fazes as coisas muito bem e parece que gostas de saber coisas novas”, devolvo à N. na tentativa de reforçar as suas capacidades e ajudá-la a encontrar uma conotação positiva na escola – assente coma cabeça.

Apêndice V – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 21 e 28 de novembro de 2022

Na tentativa de promover um espaço privilegiado para a criança, assim como para a mãe em intervenção com a Enf. Arlete, procurei desenvolver junto e com a N., durante o tempo de espera, atividades que pudessem despoletar o seu interesse e estimulá-la em diferentes esferas, bem como dar-lhe a possibilidade de jogar e brincar com o Outro e não sozinha, como habitualmente acontecia, que poderia vir a facilitar, numa perspetiva futura, a tomada de iniciativa da N. para iniciar e/ou integrar jogos e brincadeiras junto dos pares.

No final de novembro, quando chego ao HD, encontro a N. na sala de espera, sentada numa cadeira com a mãe ao seu lado – brincava sozinha com a carruagem de um comboio, apenas através de movimento dos dedos que faziam as rodas do comboio girar. Ao deparar-me com este cenário, fui buscar o jogo de tabuleiro *A Floresta* e sentei-me do lado contrário àquele em que a mãe se encontrava e retirei o tabuleiro do interior da caixa. À medida que o fui desdobrando, reparei que a N. observava o meu comportamento e o objeto em questão. “Gostas de jogos?” – perguntei-lhe, tendo ela acenado afirmativamente com a cabeça – “Queres ver este comigo?” – perante a sua confirmação comecei por descrever o tabuleiro: a casa da partida, os diferentes elementos que o integram (entre árvores, animais, frutas) e a casa da chegada. A N. acompanhou o meu discurso atentamente e com o seu dedo explorou todo o percurso do jogo. Perante o seu interesse evidente, questionei se gostaria de jogar comigo, ao que assentiu com marcada avidez.

Encaminhei-me para a pequena mesa da sala e a N. acompanhou-me. Retirei os materiais e dispu-los em cima da mesa. Comecei por ler as regras, a N. escutava-me mas a sua atenção dispersava facilmente; validei se compreendia e assentiu sempre. Escolhemos os pinos (N. – azul) e combinámos que jogaríamos com dois dados (que acabei por retirar nas sessões seguintes, dada a dificuldade da N. em executar a soma dos resultados).

Durante o jogo, foi possível aferir que N. compreendia as regras simples, como p.e., a necessidade de lançar o dado para poder jogar e que deveria andar com o seu pino tantas casas quantos algarismos/pontos aparecessem no dado; contudo, tinha alguma dificuldade em compreender o significado das casas protetoras/de perigo e respetivas indicações. Apesar do seu claro interesse no jogo, era observável um estado hipervigil, com reatividade a qualquer estímulo sonoro e também uma constante procura pela mãe, que se encontrava na sala, dirigindo-lhe o olhar diversas vezes. Quando terminámos o jogo, solicitei a ajuda da N. para arrumar o material, pedido a que acedeu, tendo regressado de imediato para junto da mãe.

Noutro momento, apresentei-lhe *O Jogo da Glória* e um outro jogo de tabuleiro intitulado *Corridas de Cavalos*. Em ambas as ocasiões, a N. mostrou-se progressivamente mais atenta e concentrada no jogo, sorrindo pontualmente com alguns dos meus comentários ou sons onomatopeicos que produzia (especificamente no segundo jogo). A separação da mãe era, aparentemente, vivida com menor ansiedade e o seu envolvimento no jogo parecia crescer, assim como o seu desejo de chegar primeiro à casa de chegada e sair vencedora – procurava, por vezes, lançar o dado mais do que uma vez seguida.

Apêndice VI – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 02 de janeiro de 2023

Após o interregno das férias de Natal, a N. chegou ao HD mais aberta para a relação com o Outro. Olhou a sala de espera e algumas das prateleiras, mas pareceu não encontrar o que procurava. “N., queres jogar?” – questionei-lhe e imediatamente afirmou que sim através de um aceno repetitivo com a cabeça. Depois de procurarmos juntas pela sala se existia algo que lhe interessasse, fui buscar os três jogos que já conhecíamos e sentámo-nos na mesinha da sala de espera. “Queres jogar algum destes? – consentiu – “Podes escolher.”. Optou por começar pel’A *Floresta* e foi como se agora explorasse o jogo de forma mais completa: estava atenta à representação que cada casa tinha, colocava os joelhos na cadeira para conseguir ficar à altura dos cartões das casas protetoras e de perigo e olhar as suas imagens e, possivelmente, ler o que elas tinham inscrito, enquanto escutava com atenção quando os lia em voz alta.

Terminado este jogo, a N. não se levantou como acontecia nas sessões anteriores, o que me fez questionar se queria jogar algum dos outros jogos – escolheu o *Corridas de Cavalos*, onde foi possível apurar dificuldade em compreender os avanços e retrocessos estipulados pelas setas que o mesmo contempla. Quando ambas chegámos à casa da chegada, terminei com “Boa, conseguimos as duas vencer os obstáculos que estavam no nosso caminho e chegámos à meta!”, estendendo-lhe a mão aberta para me dar “mais cinco” – sorriu e retribuiu o movimento.

Apêndice VII – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 16 de janeiro de 2023

Esta semana a N. chegava-nos com uma postura diferente daquela que já lhe era característica nos últimos encontros. Estava cabisbaixa, sentada no banco de madeira junto da mãe, com fâcies triste e fraca disponibilidade para estar em relação; não explorava a sala nem olhava em redor. Permanecia ali sentada, com os pés em pontas, num contínuo e repetitivo movimento das pernas, com as mãos entrelaçadas e fechadas sobre as mesmas.

Procurei abordá-la de forma tranquila, respeitando o seu espaço e mantendo o tom de voz baixo e um discurso pausado, indagando se ela gostaria de fazer algo comigo. Negou peremptoriamente através de um convicto aceno com a cabeça, aproximando-se da mãe. Devolvi-lhe o que observava em si “Hum... Hoje não pareces ter vontade de fazer muita coisa. Não queres estar aqui e com o grupo?” – perante o seu aceno negativo, coloquei hipóteses que justificassem a sua resposta – “Será que isso é tudo preguiça? (na ausência de uma resposta, continuei) Talvez seja outra coisa... Como foi a tua semana? (...) Se tiver sido boa, fazes assim com o dedo (polegar para cima); se for má, fazes assim (polegar para baixo)”. Estas indicações pareceram ajudar a N. a gerir de forma mais ajustada a ansiedade face a uma situação onde seria exetável uma resposta verbal, tendo-nos esta mostrado o seu polegar para baixo.

Este movimento traduzia uma instabilidade ainda não conhecida que terá tomado lugar entre as duas sessões do HD, com repercussões claras na dimensão emocional e comportamental da N. No sentido de proteger a criança e permitir-lhe a partilha de uma vivência difícil num local securizante e acolhedor, questionei a N. se gostaria de me acompanhar até outra sala, onde poderia, p.e. através do desenho, contar-me o que tinha acontecido. Esta assentiu e seguiu-me, dirigindo por vezes o olhar para a mãe e manifestando alguma hesitação para entrar na sala, evento que foi facilitado pelo gesto de lhe estender a mão.

Sentámo-nos lado a lado nas pequenas cadeiras de madeira em redor da mesa circular. Forneci-lhe algumas folhas em branco e materiais para escrever/desenhar/pintar. Sugeri que escrevesse ou desenhasse o acontecimento da semana que tinha feito com que o balanço sobre a mesma fosse negativo e recolhi materiais para mim, onde, simultaneamente, também eu ilustraria a minha semana.

A N. segurava a folha com a mão esquerda, enquanto a sua mão direita, com movimento de pinça, escolhia as diferentes cores de lápis que queria usar e imprimia traços na folha de papel. Esperei alguns minutos que desse por terminado o desenho, observando-a nesse entretempo: manteve o casaco vestido durante todo o período; os pés permaneciam em pontas como na sala de espera, com as pernas entrelaçadas nas pernas da cadeira; os movimentos das

suas mãos eram suaves, mas indecisos no momento de pegar e largar o lápis; o olhar focava-se no folha de papel e nos lápis, com pequenos desvios, quando eu remexia no conjunto de lápis.

Alguns minutos depois, a N. pousou os lápis. Olhei para a sua folha e perguntei se tinha terminado o desenho, tendo ela acenado afirmativamente com a cabeça. Quando olhamos para o produto final, identificamos de imediato três personagens, com expressões faciais carregadas; alguma pintura, com inclusão de diferentes cores, ainda que nem todo o desenho tenha sido colorido. Ao analisarmos mais cuidadosamente, e tendo em consideração desenhos anteriores da N., é possível aferir que existe uma representação de si mesma (figura mais à direita, com a face pintada, vestido rosa e três coques no cabelo); da mãe, junto de si; de uma personagem aparentemente do sexo masculino, que viemos a apurar ser o avô; mas também de outras duas figuras, que não saltavam à vista numa primeira observação, que se encontram mais à esquerda e representam o médico e enfermeiro da emergência hospitalar.

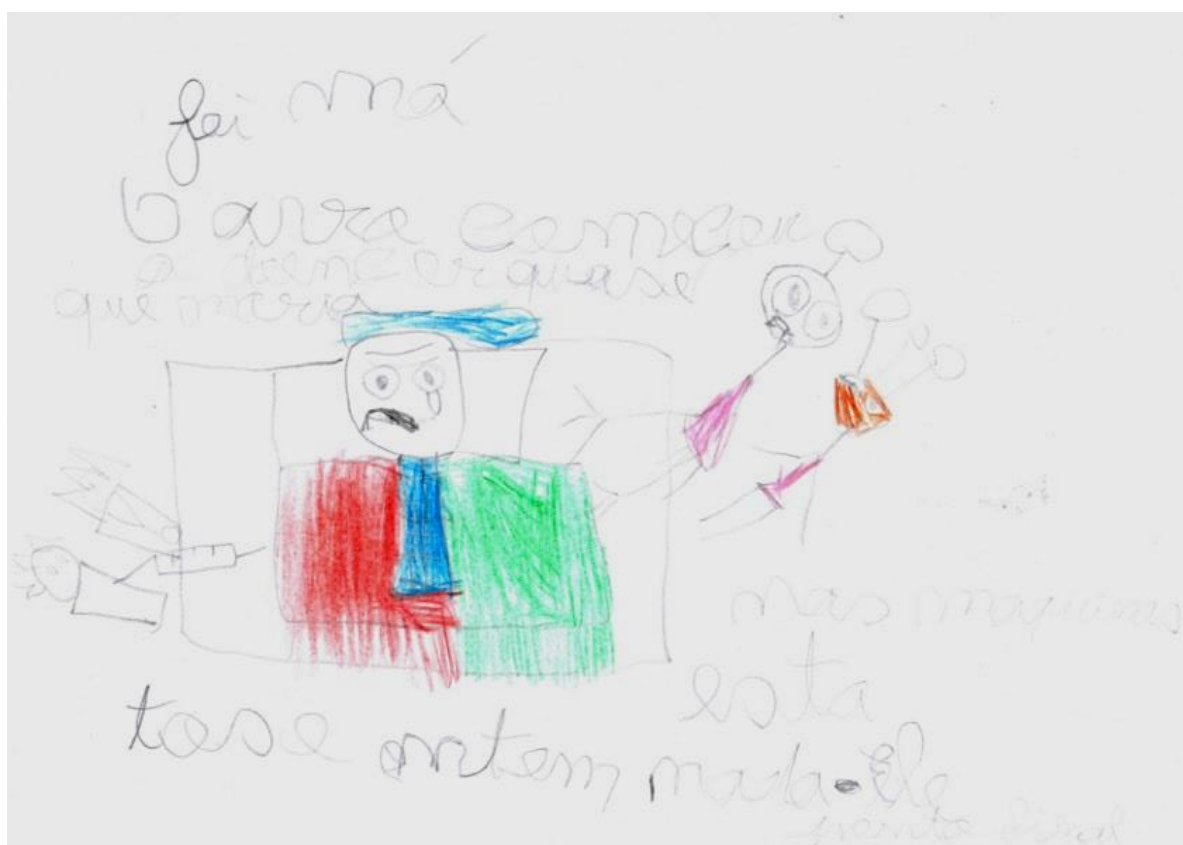


Figura 13 - Desenho ilustrativo de um incidente com o avô da N.

No sentido de explorar com mais detalhes toda a situação, pedi à N. que escrevesse em resposta a algumas perguntas que lhe iria colocar e esta aceitou.

S. – Então, tu e a mãe estavam em casa do avô, que estava deitado aqui na cama e depois o que aconteceu?

N – [Escrita] O avô começou a adoecer. Quase que morria. Tosse ontem.

S – E por isso precisaram de pedir ajuda...

(assente com a cabeça e aponta para as figuras à esquerda)

S – Veio o médico e o enfermeiro, é isso?

(aponta novamente para as figuras: nomeia a de cima, com o estetoscópio, de médico, e a seguinte, um pouco abaixo, com uma seringa, como enfermeiro)

S – E o avô foi levado para o hospital?

(acena afirmativamente com a cabeça)

S – E o que achas que pode acontecer ao avô?

N – [Escrita] Nada. Ele está nas máquinas.

S – Estás preocupada com o avô?

(nega)

S – Agora que o avô está no hospital com pessoas a cuidar dele é mais fácil acreditar que ele vai ficar bem, não é? Mas aqui disseste aqui que o avô quase morria... Como é que estavas ontem quando isto tudo aconteceu?

(o fâcies da N., que estava já mais sereno, altera-se, assemelhando-se a uma expressão de medo)

S – Hum... Será que ficaste assustada?

(assente levemente com a cabeça)

S – Foste muito corajosa, N. Ontem e hoje. Sabes, quando acontecem coisas que nos deixam assustados, com medo ou tristes, é bom partilharmos isso com os outros, porque às vezes não sabemos bem como o que fazer com estas emoções nem o que esperar das situações, mas podemos ter ajuda. Aqui tens um grupo que confia em ti e em quem podes confiar.

A N. ficou visivelmente mais tranquila e disponível para estar em relação, tendo aceitado integrar a sessão de psicoterapia de grupo, onde participou ativamente, conforme solicitado, cumprindo as orientações fornecidas.

Apêndice VIII – Intervenção Psicoterapêutica Individual, 23 de janeiro de 2023

A N. era, muitas vezes, a primeira criança a chegar ao HD na segunda-feira de manhã, mas ao contrário dos restantes elementos do grupo, não se ocupava a brincar no exterior, ao invés permanecia na sala de espera, junto da mãe, a observar o que acontecia em seu redor ou a brincar com o brinquedo *pop-it* em forma de morango que trazia sempre consigo. Nesta segunda-feira não foi diferente. Encontrei-a sentada no banco de madeira junto da mãe, atenta ao mundo exterior.

Aproximei-me de ambas e cumprimentei-as como era habitual, depois dirigi-me apenas para N., interrogando se esta gostaria de ir comigo até à Sala Cerejeira, o espaço destinado aos ateliers lúdico-expressivos, no sentido de explorar os diferentes jogos, brinquedos e instrumentos que nela existem e estimulá-la a desenvolver uma atividade com fins terapêuticos. Este despreendimento momentâneo da N. com a mãe, permitia que, paralelamente, fosse efetuada uma intervenção psicoterapêutica junto da mãe.

A N. aquiesceu com a sugestão que lhe ofereci e acompanhou-me sem dificuldade e com aparente entusiasmo até à referida sala. A estante estava repleta de jogos de mesa, jogos de tabuleiro, jogos de cartas e outros instrumentos como plasticina ou fantoches. A N. percorreu o olhar por muitos deles, retirou alguns da estante analisando-os meticulosamente, mas nunca foi capaz de demonstrar se tinha interesse em algum em específico, i.e., que quisesse jogar. Perguntei-lhe se conhecia todos ou se gostaria que eu lhe ensinasse a jogar a algum deles, mas a N. negou ambas as interpelações, assim como a possibilidade de desenhar.

O seu olhar continuava a percorrer a sala e eu procurei acompanhá-lo. Reparei em três figuras que estavam no topo da estante – uma princesa, um sapo e uma senhora idosa (doravante chamada de *avó*) – e, com o pensamento de que poderíamos construir uma história, dispu-los em cima da mesa, ao alcance da N., procurando desencadear uma reação em si. A N. pegou de imediato na princesa e começou a dançar com ela.

S – Tu gostas de princesas?

N – (assentiu com a cabeça e apontou para si e para a princesa).

S – Tu gostavas de ser uma princesa?

N – (voltou a responder afirmativamente, anuindo com a cabeça; e apontou para a cara e vestido da princesa, retomando a dança).

S – Ah! Parece que gostas de te pôr bonita, como ela, e de dançar. Mas eu estou aqui a ver que talvez haja um perigo por perto...

(dirijo o meu olhar para o sapo, pego nele e utilizo-o como fantoche, empregando-lhe uma voz)

S – [Sapo] Hum, que princesa tão bonita... Será que ela gostaria de dançar comigo?

N – (acena severamente com a cabeça em forma de negação)

S – [Sapo] Não? Como não?! Vens, nem que seja à força!

(o sapo capturou repentinamente a princesa para junto de si)

N – (surpreendida, arregala os olhos e leva as mãos à boca)

S – Oh não, o sapo raptou a princesa! E agora, como podemos salvá-la?

N – (aponta prontamente para si mesma)

S – És tu quem vai salvar a princesa, N.? E como?

(contrariamente à prontidão anterior, a N. mostrou-se algo bloqueada, com fraca iniciativa e alguma hesitação a aproximar-se do sapo para resgatar a princesa)

S – [Sapo] Olha, olha, veio alguém para salvar a princesa! Cuidado! Senão raptó-te a ti também! Há-há-há-há-ha!

N – (ri-se com o comentário do sapo e aproxima-se mais deste; não oferece resistência quando este a puxa para si, permitindo que este a leve)

S – [Sapo] Ah! Agora, não só tenho uma princesa, como duas! Já ninguém as vai conseguir salvar!

S – E agora? Como vamos fazer para vos salvar??

N – (ri-se, olha à sua volta e aponta para a avó)

S – Achas que a avó consegue?

N – (assente intensamente com a cabeça, mas hesita em pegar na avó para encarnar a personagem; por fim, e após intensivo, acaba por fazê-lo)

S – [Sapo] De onde é que apareceste? E como é que achas que as vais conseguir salvar?

N – (flete um dos braços e ergue-o, procurando mostrar a sua força)

S – [Sapo] Ai tu achas que tens força para mim? Ora tenta lá!

S – N. como é que vamos fazer? O sapo é muito forte e se calhar essa nem é a melhor maneira de conseguirmos trazer-te a ti e à princesa de volta. Achas que podemos distrair o sapo de outra forma?

N. – (inicialmente pareceu confusa, mas alguns segundos depois acenou afirmativamente com a cabeça e ri-se, dirigindo-se ao sapo e começando a fazer-lhe cócegas)

S – [Sapo] Há-há-há! O que é que estás a fazer? Eu assim não consigo parar de rir!

S – Boa ideia, N.! Aproveitem para fugir!

N – (resgata de imediato a princesa e afasta-se do sapo, que continua a rir e a N. acompanha-o, rindo-se também)

S – Foi um bocadinho assustador, mas com a tua ideia conseguiram livrar-se do sapo, que parecia muito perigoso. Foste muito corajosa!

(estendo a mão para lhe dar “*Mais cinco*” e a N. retribui com um fâcies sorridente)

Terminámos a arrumar as figuras, reencontrando os restantes membros para iniciar a intervenção psicoterapêutica em grupo.

Apêndice IX – O Origami do Adeus

Em qualquer relação terapêutica, o término é inevitável e, com ele, a dificuldade da sua execução, especialmente quando falamos em crianças e adolescentes, em que as relações ganham por vezes significados desmesurados (para o olho nu) e as perdas se transformam em feridas colossais. Na tentativa de tornar este acontecimento o menos traumático possível e de deixar a cada uma das crianças algo que elas pudessem guardar consigo, mais do que as vivências das últimas semanas, pensei em oferecer algo elaborado por mim. Procurei que esta recordação fosse em parte semelhante para evitar interpretações erradas (que pudessem desencadear sentimentos de preferência/negligência), e ao mesmo tempo diferente, no sentido de manter a particularidade de cada pessoa.

Coloquei diferentes hipóteses até concluir que, talvez, lhes pudesse dar algo que também eles pudessem oferecer a si ou aos Outros, em qualquer momento, com ganhos acrescidos para o seu desenvolvimento, dada a promoção de diferentes capacidades (p.e. motricidade fina, coordenação, concentração, memória). Posto isto, decidi criar origamis.

Cada uma das 5 crianças receberia um origami, representando a equidade do grupo, contudo, as figuras eram distintas entre si. Optei por definir primeiramente que tipo de figuras oferecer e escolhi os animais, pois descobri que cada um destes tem um simbolismo diferente na cultura origami e pensei que poderia atribuir a cada criança o animal com as características que mais se identificam com a sua personalidade. Para além disto, a cor de cada papel de origami foi também personalizada, de acordo com preferências das próprias manifestadas de forma direta (verbalmente, escrita) ou indireta, p.e. a partir de peças de vestuário. Cada figura foi colada a um círculo de madeira que tinha o nome da criança inscrito na base.

Iremos aqui explicar de forma breve as peças criadas e a associação efetuada para cada criança, seguindo a ordem de apresentação das mesmas na primeira secção do capítulo 4. Concomitantemente, e de forma a permitir a conceção visual destas figuras, anexamos fotografias do produto final. Procurámos também registar a reação dos elementos do grupo ao momento que simbolizava a despedida e ao seu origami em particular.

- G.M., ♂, 9 anos

O G. é uma criança cheia de medos – sendo a morte um dos maiores –, que se deixa invadir e dominar completamente por estes. O mundo real parece ser demasiado para si, pelo que o G. prefere refugiar-se numa dimensão irreal, a dos videojogos, que acaba por transportar para o plano real, pela sua fraca capacidade simbólica. É um rapaz com muitas ideias, mas nem sempre as consegue organizar, comunicar e gerir. Beneficiaria de um acompanhamento

individual que permitisse trabalhar todos estes elementos para depois ser possível estar *no* e *com* o grupo. Para ele, escolhemos o coelho, em tons azuis. Na cultura origami, este animal simboliza novas ideias, mudança e transformação, podendo ainda representar, num sentido mais simbólico, o renascer do mundo. Esta conotação relaciona-se diretamente com algumas questões que procurámos trabalhar com o G., nomeadamente no que respeita ao confronto com os seus medos e possibilidade de transformação dos mesmos e eventos subjacentes; à promoção de mudanças comportamentais objetivando um estilo de vida mais saudável que lhe permita estar em relação; e à organização dos processos cognitivos, ressaltando uma característica particular sua que pode ser facilitadora de todo este processo – a capacidade para pensar e criar.



Figura 14 - Origami Coelho G.M.

Quando o G. recebeu o seu origami, mostrou-se agradado e entusiasmado, brincando desde logo com o mesmo, imprimindo pequenos saltos nesta figura, remetendo para a natureza do próprio animal; e procurando utilizar o mesmo como peão num jogo de tabuleiro. No entanto, após breves minutos, abandonou o coelho e negou-se a levá-lo consigo, argumentando “não gosto” (sic). Quando se tentou explorar esta premissa e a própria incongruência entre a reação inicial e este momento, o G. não consegue elaborar e adota uma atitude de evitação.

- R.C., ♀, 10 anos

A R. chega-nos como uma criança com dificuldade em regular as suas emoções de forma adaptativa, que evita partilhar as mesmas e até mesmo eventos do seu dia-a-dia; no fundo apresenta dificuldade em pensar-se, em aceitar a sua própria existência e projetar o que pode mudar em si e nos acontecimentos de forma a ser capaz de aproveitar o que a vida lhe dá. Está em claro processo de construção de si própria, da sua identidade. Na relação com os pares evidencia franca capacidade de empatia e proteção, adotando por vezes uma atitude contentora no grupo. Procura ser independente e, por vezes, impor os seus ideais, beneficiando de um equilíbrio entre limites, assertividade e afetos; com necessidade de ser cuidada. Quando pensámos na R., percebemos que o gato, em tons de roxo, seria a figura



Figura 15 - Origami Gato. R.C.

ideal. Este animal representa sabedoria, independência, equilíbrio e mistério, com avidez pela brincadeira. É assim que encaramos a R. e, ao darmos-lhe este animal, aquilo que pretendíamos que também ela reconhecesse em si, nas suas necessidades e potencialidades.

No momento da oferta, a R. mostrou agrado, nomeando desde logo o animal e explorando o mesmo, tendo sido a primeira a encontrar o sem nome na placa de madeira. Apresentava fâcies sorridente e manifestou afeto, através do abraço. Manteve a figura junto de si durante a atividade e o lanche, levando-a consigo no final.

- L.M., ♀, 10 anos

A L. é uma rapariga que traz consigo tanto de zanga quanto de afeto. Com um comportamento pautado pela inquietude, impulsividade e inconsequência, a L. pode frequentemente ser vista como uma criança problemática. Na verdade, a L., dado o curso do seu desenvolvimento, apresenta algumas respostas desadaptativas, necessitando de ajuda na regulação emocional, ajuste comportamental e partilha de necessidades. Manifesta frequentemente dificuldade em iniciar as atividades e estar em relação, no entanto, perante, a proposta de ajuda e de acompanhamento individual, por curta duração, envolve-se e participa ativamente, respeitando os envolvidos. Tende a criar alianças com pares e/ou técnicos em quem reconhece maior aceitação e proteção. Afetuoso por natureza, mas com reações inesperadas quando se sente ameaçado, o cão em tons de amarelo foi o animal escolhido para a L. Na cultura origami, este animal simboliza segurança, companheirismo e lealdade – tudo o que a L. procura, precisa e demonstra.



Figura 16 - Origami Cão L.M.

No momento da oferta, a L. mostrou-se muito contente, manifestando um fâcies mais aberto e sorridente, com expressividade marcada, verbalizando gostar e agradecendo o gesto. Brincou com o cão no imediato e, mais tarde, no lanche, onde teve oportunidade de o mostrar a outras pessoas, como a enfermeira Arlete e a avó, sua cuidadora principal, com evidente satisfação. Quando o G.M. apresentou recusa em levar o coelho para casa, a L. manifestou interesse em ficar também com essa figura, tendo-lhe sido explicada a importância de que cada origami se destinava a uma criança em específico, mesmo que nem todos o aceitassem e intencionassem levá-lo consigo.

- G.S., ♂, 8 anos

O G. é um rapaz repleto de curiosidade, com avidez pela exploração e por experiências diferentes, numa procura constante de atividades que o satisfaçam em diferentes domínios. Traz consigo uma dificuldade na identificação, regulação e expressão de emoções, com episódios de agressividade expressa em contexto de baixa tolerância à frustração e irritabilidade; e dificuldades na socialização com os pares. Apresenta um pensamento concreto pleno, com pobreza simbólica, mas é capaz de se deixar envolver pelo mundo da fantasia, quando estimulado. É muito observador e relata minuciosamente aquilo que vê, quando esse *mundo* lhe desperta interesse. No grupo, tende a intervir essencialmente quando interpelado diretamente, demonstrando maior iniciativa e agrado em atividades de cariz mais pragmático, que envolvam a construção de algo no plano concreto.



Figura 17 - Origami Garça G.S.

Estes traços do G., fizeram-nos pensar num animal que tivesse hábitos solitários, e integrasse a natureza no seu estado puro, a explorasse e nela, tal como o G., encontrasse sentido. Assim, lembrámo-nos da garça, que decidimos oferecer em tons de vermelho. O simbolismo deste animal está associado a paz, amor, esperança, proteção e cura em momentos difíceis, estados que associamos àquilo que o G. procura, exige e precisa, mas também naquilo que os outros perspetivam em si e para si.

No último dia de estágio, em que se procedeu à oferta dos origamis, o G. estava ausente pelo que não é possível descrever eximamente a sua reação. No entanto, recebemos *feedback* de membros da equipa, que partilharam que o G. manteve a sua curiosidade até lhe ter sido desvendada a figura, manifestando depois clara apreciação pela mesma, de forma verbal e não-verbal, tendo ainda mostrado ao pai o origami com aparente orgulho.

- N.O., ♀, 8 anos

A N. apresenta-se como uma criança tímida, invadida por medos e uma ansiedade que a congela quando está fora de casa, com uma sugestiva dificuldade no relacionamento com os outros, mas em contraposição uma avidez imensa para estar em relação, pelo brincar; com um marcado entusiasmo quando envolta no mundo da fantasia e uma nova quebra quando é retirada do mesmo para o plano real. Recheada de fragilidades, desperta em nós uma empatia inata que

se combina harmoniosamente com o desejo de a ajudar a enfrentar o mundo, investindo num processo de autoconhecimento e resiliência. Na relação com os pares, observa-se uma marcada necessidade de proteção e acompanhamento e, simultaneamente, a procura pelo seu próprio espaço, dentro dos limites por si definidos como seguros.

Fechada num casulo, aguardando o momento certo para se libertar, a N. fez-nos prontamente escolher a borboleta, em tons de rosa. Esta simboliza as esperanças e sonhos das raparigas mais novas à medida que abrem as suas asas e emergem em beleza, a liberdade, o espírito humano, a alma. Por tudo aquilo que aqui foi apresentado, acreditamos que não poderia haver melhor forma de descrever a N. e todo o processo que ainda está por chegar.



Figura 18 - Origami Borboleta N.O.

Ao receber a borboleta, a N. não teve uma resposta emocional imediata, não se observando alterações no fâcies ou no comportamento; não demonstrou nenhum movimento de agradecimento, mas pareceu interessada na oferta, olhando-a de diferentes perspetivas. Mais tarde, no reencontro com a mãe, mostrou a borboleta com aparente satisfação, mas também algum desprendimento com a mesma, entregando à mãe a responsabilidade de guardar a figura.



Figura 19 - Conjunto dos origamis do grupo