



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

**“ESSA MENINA NÃO VAI PRA LUGAR NENHUM”: FLEXIBILIZANDO E
(DES)CONSTRUINDO EXPECTATIVAS (IR)REALISTAS A LUZ DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Aline Ferreira Vieira

Santo Antônio de Jesus

Março de 2018

ALINE FERREIRA VIEIRA

**“ESSA MENINA NÃO VAI PRA LUGAR NENHUM”: FLEXIBILIZANDO E
(DES)CONSTRUINDO EXPECTATIVAS (IR)REALISTAS A LUZ DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Relatório apresentado como requisito final para a conclusão do Estágio Supervisionado de Ênfase II do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Professora Supervisora: Ms. Maria Goretti da Fonseca.

Período: Junho de 2017 a Março de 2018.

Santo Antônio de Jesus

Março de 2018

[...] É o xuí
Das ondas a se repetir
Como é que eu vou saber dormir
Longe do mar
Ó mãe, pergunte ao pai
Quando ele vai soltar a minha mão
Onde é que o chão acaba
E principia toda a arrebentação
Devia o tempo de criança ir se
Arrastando até escoar, pó a pó
Num relógio de areia o areal de
Massarandupió (BUARQUE, 2017).

AGRADECIMENTOS

De início gostaria de agradecer a Deus e a todos que me ajudaram e se fizeram presentes de algum modo durante essa fase da minha vida, não digo apenas de escrita do Trabalho de Conclusão de Curso, mas de toda minha jornada na universidade. Em especial agradeço ao meu avô Eloy (*in memoriam*), que foi alguém importante e sempre acreditou em mim, também agradeço imensamente a minha mãe pela confiança depositada. Espero ter sido merecedora de todo seu esforço em todos os aspectos, especialmente quanto a minha formação. Gostaria de agradecer a minha orientadora Maria Goretti da Fonseca por ter me recebido e por sempre me orientar nos melhores caminhos de forma ética e exemplar. Em tempo, agradeço também as professoras que aceitaram fazer parte da minha banca examinadora, Adriana Lourenço Lopes e Josineide Vieira Alves. Registro também um agradecimento especial aos meus familiares (Alessandra, Rege, Maria e João) e aos amigos (Samara, Cris, Paulla, Mário) por todo apoio e estímulo constante. Igualmente aos amigos da universidade e professores que contribuíram de forma significativa na minha formação e no que me tornei. Por fim, agradeço ao meu parceiro de estágio, Darlan, pela amizade e companheirismo e, sobretudo, aos meus pacientes que sem eles, eu não teria aprendido tanto e não chegaria até aqui.

APRESENTAÇÃO

Os estágios supervisionados de ênfase I e II são realizados no último ano de graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no período de dois semestres, possibilitando ao estudante uma maior experiência na área de atuação que mais se identifica dentro da Psicologia e das opções ofertadas pela instituição.

O presente relatório é resultado de uma experiência vivida na clínica-escola do Serviço de Psicologia da UFRB, que teve início em junho de 2017 e está em fase de finalização, apenas alguns casos conforme as necessidades continuarão em atendimento. O público-alvo são crianças e adolescentes e a abordagem que norteia nossas intervenções é a Terapia Cognitivo-Comportamental.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio não se resumem aos atendimentos, tendo em vista que fizemos tanto leituras acerca da abordagem quanto específicas para cada caso, triagens, anamnese, supervisões, discussão de casos clínicos elaborados por nós e várias simulações com o intuito de aprimorar as habilidades necessárias para o atendimento psicoterápico baseado na Terapia Cognitiva Comportamental de maneira geral. Sendo assim, será descrita a minha primeira experiência enquanto psicoterapeuta infantil, os desafios dessa trajetória, o quanto esta contribuiu para o meu amadurecimento e crescimento profissional e pessoal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
1.1. <i>Terapia Cognitivo-Comportamental</i>	06
1.2. <i>Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes</i>	09
1.3. <i>Envolvendo os pais na TCC com criança</i>	10
1.4. <i>Técnicas Cognitivas e Comportamentais geralmente utilizadas</i>	12
1.5. <i>Os percursos do desenvolvimento da criança na primeira infância</i>	13
1.6. <i>Expectativas (ir)realistas e seus desafios diante de um “diagnóstico” de apraxia da fala</i>	15
2. DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	18
3. OBJETIVO DO ESTÁGIO	19
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
4.1. <i>Leitura dos textos acerca da TCC com crianças e adolescentes</i>	20
4.2. <i>Triagem</i>	20
4.3. <i>Anamnese</i>	20
4.4. <i>Supervisão</i>	21
4.5. <i>Leitura do Código de Ética</i>	22
4.6. <i>Atendimento Clínico</i>	22
4.7. <i>Evolução e Diários de Campo</i>	22
4.8. <i>Cartilha informativa sobre desenvolvimento infantil na primeira infância</i>	23
5. APRESENTAÇÃO DO CASO	24
5.1. <i>Dados pessoais</i>	24
6. FORMULAÇÃO DO CASO CLÍNICO	25
6.1. <i>Queixas e demandas trazidas</i>	26
6.1.1. Primeira sessão com os pais	26
6.1.2. Demandas trazidas pela criança	27
6.1.3. Demandas apresentadas durante os atendimentos	28
6.2. <i>Antecedentes e situação de vida atual</i>	28
6.3. <i>Formulação cognitiva comportamental</i>	30
6.4. <i>Intervenções realizadas e ganhos terapêuticos</i>	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE	49
ANEXOS	55

1. INTRODUÇÃO

1.1. *Terapia Cognitivo-Comportamental*

A Terapia Cognitiva (TC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60 e tem como base a teoria da aprendizagem social e variadas técnicas, das quais, muitas delas se apoiam em modelos de condicionamento operante e clássico (HART; MORGAN, 1993 apud FRIEDBERG; McCLURE, 2004). O desenvolvimento da TC ocorreu num momento memorável, em que as abordagens predominantes eram a Psicanálise, o Behaviorismo e o Humanismo (KNAPP, 2007).

O desenvolvimento das Terapias Cognitivas Comportamentais (TCC) se deu a partir da Terapia Comportamental tradicional em resposta ao Behaviorismo radical. Alguns fatores contribuíram para o surgimento das TCC's: (1) se refere à insatisfação com os modelos exclusivamente comportamentais. (2) foi devido ao descontentamento com o modelo de estímulo e resposta e os recorrentes questionamentos a respeito da eficácia das técnicas psicanalíticas. (3) a comprovação de que as intervenções comportamentais ou não-cognitivas não eram eficazes para alguns transtornos. (4) está relacionado ao espaço que os aspectos cognitivos do funcionamento humano estavam ganhando, em termos de estudo e pesquisa. (5) diz de uma crescente identificação com a abordagem da TCC por muitos teóricos e terapeutas. (6) pelos crescentes resultados positivos que as intervenções em TCC produziam em relação às abordagens estritamente comportamentais (DOBSON; SCHERRER, 2007).

Após a “revolução cognitiva”, surgiram diversas abordagens da TCC com variadas formas de aplicação e êxito. As TCC's podem ser divididas em três tipos, são elas: 1- terapias de habilidades de enfrentamento, que salientam o aumento do repertório de habilidades e tem como finalidade oferecer ao paciente, técnicas de enfrentamento para lidar com situações controversas; 2- terapia de solução de problemas, que têm como foco o desenvolvimento de estratégias para lidar com problemas pessoais; e 3- as terapias de reestruturação são as que têm por objetivo identificar que problemas emocionais podem ser resultados de pensamentos disfuncionais e a reestruturação, nestes casos, é a via mais adequada para modificar essas distorções cognitivas e tornar estes pensamentos funcionais (KNAPP; BECK, 2008).

Conforme Knapp e Beck (2008) as múltiplas abordagens em TCC partilham suas bases apesar de haver diferenças significativas em seus fundamentos e métodos, pelo fato de que seus percussores emergiram de diferentes abordagens teóricas. Aaron Beck e Albert Ellis,

por exemplo, apresentavam bases psicanalíticas, ao passo que, Meichenbaum, Goldfried e Mahoney tinham suas bases em mudança do comportamento.

Tanto a Terapia Cognitiva quanto a Comportamental, apresentam suas especificidades. Enquanto a terapia cognitiva tem como princípio fundamental a premissa de que a maneira como os indivíduos interpretam determinado evento influencia a forma como se sentem e se comportam, a comportamental vem trabalhar diretamente sobre a modificação dos comportamentos.

Cada técnica utilizada seja ela cognitiva ou comportamental deve ser cuidadosamente escolhida pelo terapeuta com a finalidade de ser fidedigna para cada caso. Ademais, a divisão das intervenções cognitivas e comportamentais é apenas para fins didáticos, pelo fato de que muitas das técnicas atravessam tanto processos de pensamento quanto os padrões comportamentais, afinal, a mudança de pensamento possibilita a mudança de comportamento e vice-versa.

A TCC como é atualmente conhecida tem como características ser estruturada, breve, voltada para o presente e para a solução dos problemas atuais, assim como, modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais que causam ou mantêm sintomas. Pensamentos e comportamentos disfuncionais são aqueles distorcidos da realidade e que dificultam o alcance de objetivos. Na maioria das vezes são negativos e trazem consigo muito sofrimento psíquico e por este motivo devem ser avaliados de acordo com a sua validade e utilidade (BECK, 2013).

Para Beck (2013), a TCC tem como sustentação a cognição, partindo da noção de que os pensamentos disfuncionais influenciam de forma direta as emoções e o modo como às pessoas se comportam, tendo como objetivo maior a reestruturação cognitiva, ou seja, uma modificação de pensamentos e crenças possibilitando mudanças emocionais e comportamentais por períodos prolongados. O modelo cognitivo parte do pressuposto de que emoções, comportamentos e reações fisiológicas são diretamente influenciados pela forma que o indivíduo interpreta e avalia os eventos. Assim, não é a situação ou o evento em si que vai definir o que a pessoa vai sentir, e sim, a interpretação que ela faz daquele evento.

A partir deste modelo é possível ter pelo menos três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais ou nucleares. Os pensamentos automáticos são de modo geral, breves, espontâneos e coexistem com nosso fluxo de

pensamentos manifestos e o paciente na maioria dos casos toma consciência da emoção que sente como resultado dos pensamentos mais do que dos próprios pensamentos (BECK, 2013). Considerados produtos dos sistemas de processamento de informação são de modo geral fáceis de ser identificados, rápidos e passam pela mente principalmente durante mudanças de humor (FRIEDBERG; McCLURE, 2004). Nas crenças intermediárias os conteúdos cognitivos se apresentam em forma de regras, pressupostos e suposições que podem influenciar a interpretação de uma dada situação e conseqüentemente, a forma de pensar, sentir e se comportar. As crenças centrais ou nucleares são desenvolvidas desde a infância, fase em que os indivíduos fortalecem ideias sobre si mesmos, sobre outras pessoas e acerca do mundo. Essas crenças são globais, rígidas e supergeneralizadoras. O indivíduo no momento em que atualiza suas crenças centrais acredita nelas como verdades absolutas (BECK, 2013).

Na prática, a TCC apresenta inúmeros elementos importantes que perpassam cada sessão. Começar a desenvolver confiança, *rapport*, empatia, postura de respeito, curiosidade e compreensão das demandas trazidas pelo o paciente desde o primeiro contato é muito significativo, pois, é a partir dessa relação que haverá grandes chances do tratamento ter sucesso. Todo o processo terapêutico estabelece alguns princípios da TCC que são essenciais, como a aliança terapêutica, colaboração, participação ativa e psicoeducação (BECK, 2013).

A aliança terapêutica deve ser o primeiro princípio a ser desenvolvido no processo terapêutico, pois, é a partir dela que o trabalho entre o terapeuta e a criança se torna mais colaborativo, e como consequência, ela é estimulada a participar ativamente e a se engajar no tratamento (STALLARD, 2007). Para Beck (2013), quando essa aliança é positiva, se relaciona diretamente com resultados positivos. O terapeuta neste sentido precisa ser empático, as decisões devem ser tomadas colaborativamente, deixando claro para o paciente a sua importância no processo, o reforço sempre que possível deve ser utilizado para possibilitar um espaço agradável e confortável para o paciente aproveitar o momento de terapia.

A colaboração e participação ativa do paciente/terapeuta também se constituem em elementos imprescindíveis, já que implicam de forma direta o paciente no processo e nas tomadas de decisão durante as sessões, bem como, na identificação, avaliação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais. Para estes fins, são utilizadas algumas técnicas/estratégias, sendo elas: registros de pensamentos diários, questionamentos socráticos e reestruturação cognitiva (GREENBERGER; PADESKY, 1999).

A psicoeducação desempenha um papel central, pois, é a partir dela que se fornece a família ou cuidador informações acerca do tratamento, sintomas e diagnósticos, a fim de preparar e conscientizar os indivíduos a lidarem com as mudanças. Portanto, esta terapia se constitui como um processo ativo e tem um caráter colaborativo e flexível (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011).

1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes

A TCC para o público de crianças e adolescentes se difere da TCC com adultos em alguns aspectos. Geralmente, as crianças são trazidas por alguém, pais ou cuidadores, e raros são os momentos em que chegam por vontade própria, além disso, a TCC deve ser adaptada com a finalidade de atender as necessidades específicas de cada criança e adolescente. Alguns princípios utilizados na terapia com adultos são aplicados, como por exemplo, ser diretiva, colaborativa, estruturada e flexível, assim como, estabelecimento de agenda e *feedback* (KNELL, 1993 apud FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

Muitas crianças sentem-se bem e seguras ao compartilharem suas questões com um adulto, já para outras isso se torna mais difícil e pode causar ansiedade, por isso, é muito importante envolver a criança no processo e motivá-la, e essa motivação geralmente aparece quando a criança se diverte. Desta maneira, cabe ao terapeuta estimular, ser criativo e lúdico para que a criança se implique cada vez mais no processo terapêutico (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

A prática com criança envolve não apenas a queixa trazida pelos pais, escola ou cuidadores, envolve também o contexto em que a mesma está inserida, com o propósito de elaborar formas de tratamento adequadas às necessidades de cada uma. Neste processo, tanto a família quanto a escola devem estar envolvidos para que haja ganhos terapêuticos (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

A *parceria* entre o terapeuta e o paciente pode ser alcançada a partir da colaboração e participação ativa, as quais motivam a criança no processo terapêutico facilitando a escolha das técnicas apropriadas. A *empatia* é outro princípio importante no desenrolar do tratamento. À medida que o terapeuta demonstra interesse e curiosidade para entender como as crianças percebem seu mundo e o interpreta, conseqüentemente elas se sentem importantes e passam a acreditar que o que elas falam tem um significado relevante no processo. Já a *criatividade* é a via que o terapeuta tem de motivar e manter o interesse da criança. A *investigação* faz parte

da descoberta orientada, que permite a criança se tornar uma espécie de “detetive” com o objetivo de identificar crenças e suposições e ter a oportunidade de avaliá-las. Dessa maneira, a *autodescoberta* encoraja a criança a explorar suas ideias e descobrir soluções para seus problemas. Por fim, a TCC com crianças e adolescentes precisa ser *prazerosa*, de modo que, envolva e seja um momento interessante e divertido (STALLARD, 2007).

Engajar as crianças no processo psicoterapêutico é uma tarefa complexa, pelo fato de muitas vezes elas não estarem cientes do motivo pelo qual estão indo fazer psicoterapia, ou seja, elas podem não ter consciência dos seus problemas. O engajamento, sobretudo, busca um reconhecimento da criança em aspectos relacionados à existência de um problema, enfrentamento deste e entender que há possibilidades de mudanças a partir da ajuda do terapeuta. Esse processo de engajar a criança pode levar tempo até que se estabeleça um ponto em comum entre a criança e seus cuidadores (STALLARD, 2007).

Existem alguns estudos que consideram idades adequadas para crianças participarem da TCC e isto se sustenta a partir da ideia de que crianças pequenas não apresentam o desenvolvimento cognitivo necessário ou a TCC não foi adaptada adequadamente para que a criança tivesse acesso. Entretanto, outros estudos afirmam que crianças de diferentes idades podem sim serem beneficiadas pela TCC, a partir do momento em que o terapeuta adapta as técnicas para idade e cultura de cada criança e no caso de crianças menores, as técnicas não-verbais são as mais utilizadas (STALLARD, 2007).

A identificação de sentimentos e pensamentos é uma das competências na TCC com crianças e adolescentes, uma vez que, os resultados do tratamento dependem da capacidade das mesmas identificarem seus pensamentos e sentimentos associados. Com crianças, a identificação dos sentimentos exige do terapeuta muita criatividade e por isso, é importante que ele as estimulem a falar sobre seus estados de humor antes das intervenções cognitivas, e para estes fins, algumas atividades são recomendadas, por exemplo: rostos de sentimento (ANEXO I) e para identificar pensamentos existem registros próprios, como: balões de pensamento ou a partir do que é trazido para a sessão (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

1.3. Envolvendo os pais na TCC com criança

Os pais são uma das influências mais importantes na TCC com crianças, no que se refere à instalação, manutenção e resolução dos problemas. É relevante que o terapeuta compreenda as crenças do contexto familiar e onde as queixas se apresentam, assim como, os

comportamentos dos pais que podem reforçar e estimular os comportamentos problemáticos da criança. O envolvimento dos pais na TCC pode trazer resultados positivos ao processo, uma vez que, eles podem incentivar as crianças com a obtenção de novas habilidades, monitorando, estimulando e reforçando o uso das mesmas fora das sessões. Com crianças mais jovens o envolvimento dos pais no processo é mais importante e com os adolescentes, eles podem ter uma participação mais distanciada (STALLARD, 2007).

O papel dos pais em cada caso pode variar e assumir diferentes funções, incluindo o de facilitador, co-terapeutas ou co-clientes. O papel de facilitador é o mais limitado. Normalmente, os pais participam de algumas sessões e aprendem técnicas que a criança está desenvolvendo e é psicoeducado sobre o modelo cognitivo da TCC. Já os pais como co-terapeutas, participam mais de sessões, desempenham um papel ativo para assim, monitorar, estimular e reforçar a criança a utilizar as técnicas aprendidas fora das sessões. Os pais como co-clientes, assim como as crianças, são alvo de intervenções próprias e são trabalhadas questões do contexto familiar que contribuem para a manutenção das dificuldades da criança (STALLARD, 2007).

O treinamento de pais não é algo isolado, por isso, é importante que eles aprendam e pratiquem diversas técnicas. A partir da psicoeducação é possível que os pais adquiram essas habilidades e fiquem atentos de como reforçar comportamentos funcionais e de como não reforçar os comportamentos disfuncionais de seus filhos (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011).

Em consonância com Friedberg e McClure (2004), não é possível realizar psicoterapia infantil sem trabalhar com os pais ou cuidadores, pois, segundo eles, os problemas da criança se apresentam muito mais fora das sessões do que na sessão. Neste caso, a psicoeducação é a primeira estratégia a ser utilizada por meio de leituras e diferentes discussões. Entender as expectativas sobre comportamentos desejáveis e esperados é outro quesito importante no processo de engajamento dos pais. Portanto, compreender essas expectativas ajudará tanto no treinamento quanto nas intervenções realizadas com os pais, principalmente ao considerar o desenvolvimento cognitivo da criança e nível de habilidade.

Além de ser uma atribuição importante na TCC, a participação dos pais precisa ser limitada em alguns aspectos, principalmente no que se refere ao sigilo, haja vista que é um acordo feito entre o terapeuta e o paciente e não deve ser quebrado, assim, cabe ao terapeuta

colocar limites nesta relação, visando manter o vínculo com a criança. Em alguns casos específicos este sigilo pode ser flexibilizado, essencialmente quando é por motivo de ameaça a si e aos outros. Nestas situações, o paciente terá conhecimento e juntamente com o terapeuta escolherá alguém de sua confiança para expor o que está ocorrendo. Vale ressaltar que não são em todos os casos que isso acontece, mas havendo necessidade, é possível que se aplique.

1.4. Técnicas Cognitivas e Comportamentais geralmente utilizadas

Para colaborar com o processo terapêutico e vínculo algumas técnicas são utilizadas. Estas podem variar e serem adaptadas de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo, complexidade exigida para cada criança e demandas trazidas. São alguns exemplos delas: técnica de relaxamento, dessensibilização sistemática, reforçamento, modelagem, treino de habilidades sociais, avaliação de vantagens e desvantagens, diálogo socrático, entre outras.

A técnica de relaxamento se configura numa técnica comportamental que é muito utilizada no enfrentamento da raiva e ansiedade e tem como objetivo melhorar o funcionamento emocional e pode estar aliada para sucesso de muitas outras técnicas (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011). A dessensibilização sistemática é bastante aplicada no tratamento de medos e ansiedade e é um procedimento contracondicionante (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

O reforçamento é uma técnica comportamental utilizada com o intuito de gerar rápidos resultados e aumentar a ocorrência de comportamentos-alvo. (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2004). O reforço pode ser positivo e negativo. O positivo refere-se ao processo de acrescentar algo prazeroso, aumentando as chances de o comportamento desejado voltar a acontecer. Já o reforço negativo, diz respeito à retirada de algo desagradável, a fim de aumentar a probabilidade de ocorrência do comportamento desejável (FRIEDBERG e McCLURE, 2004).

Conforme Moreira e Medeiros (2007) e Friedberg, McClure e Garcia (2011), a modelagem atua sobre o desenvolvimento de novos comportamentos por meio de um reforçamento diferencial de aproximações sucessivas, ou seja, crianças adquirem novas habilidades a partir da observação (modelo) do contexto em que está inserida e dos reforços obtidos em cada situação.

O treinamento de habilidades sociais ocorre em consequência da apresentação de uma dada habilidade à criança mediante uma instrução. É considerada uma técnica importante para crianças com dificuldades interpessoais, isolamento, exclusão e rejeição. Para Caballo (2003), ser habilidoso socialmente é resultado de um conjunto de condutas emitidas em um determinado contexto, no qual são colocadas opiniões, expressões de sentimentos, desejos e direitos de forma adequada, respeitando a si e ao outro e reduzindo a probabilidade de surgimento de problemas futuros. Neste sentido, crianças podem desenvolver habilidades de resolução de problemas e desenvolver diferentes maneiras de pensar, sentir e agir (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011).

A avaliação das vantagens e desvantagens é outra técnica aplicada nas tomadas de decisões que permite a criança uma maior possibilidade de examinar uma determinada situação a partir do que será vantajoso ou não para ela (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011). Na TCC com crianças e adolescentes os diálogos socráticos são outra ferramenta imprescindível, nos quais, além de ter função de orientar os pacientes, também é uma maneira de demonstrar curiosidade e interesse pelo que eles trazem, uma vez que, o sucesso do tratamento vem da capacidade de estar alerta aos sinais explícitos e velados da criança e adolescente. Não obstante, esses diálogos devem ser modificados a partir do que a criança traz, as perguntas não devem ser ambíguas, devem ser diretas, simples e bem humoradas. O terapeuta deve estar atento se a linguagem é adequada e se a criança está entendendo e ajustar os diálogos ao nível de desenvolvimento das mesmas (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

Posto isto, as técnicas utilizadas serão escolhidas de acordo com a demanda que é trazida. Cabe ao terapeuta ter todo cuidado na escolha e considerar quando for necessário adaptá-las tanto ao desenvolvimento cognitivo quanto a cultura e situação do paciente. Assim, haverá uma melhor adesão ao processo terapêutico e os resultados serão satisfatórios.

1.5. Os percursos do desenvolvimento da criança na primeira infância

O desenvolvimento infantil passa por inúmeras fases ou estágios que serão possibilitados a partir da interação que a criança tem com o ambiente em que está inserida, e por meio dele vai absorvendo o que for necessário para o seu desenvolvimento. Segundo Galvão (1998), Walon considera que esses estágios de desenvolvimento não são lineares e nem apresentam um tempo de duração definido, sendo resultado das características peculiares e das condições de existência de cada indivíduo.

Para Bee e Boyd (2011) o nascimento e a primeira infância (zero a seis anos) trazem consigo um misto de emoções e preocupações para os pais no que diz respeito à felicidade de ver o bebê pela primeira vez e a preocupação com a possibilidade de a criança apresentar problemas de desenvolvimento. Existe também a ansiedade sobre o papel de pai e mãe e para a criança, é um marco na sua chegada ao mundo e na sociedade. Alguns comportamentos na primeira infância chamam atenção dos pais, que por vezes, vem criando expectativas desde a gestação. Os reflexos são os primeiros comportamentos apresentados pela criança, enquanto alguns permanecem até a vida adulta, outros se tornam mais complexos nos primeiros anos de vida.

As capacidades motoras são inicialmente limitadas e após o primeiro mês o bebê consegue aperfeiçoá-las. Os aspectos sensoriais estão bem definidos antes do nascimento. Já os aspectos perceptuais estão relacionados à atribuição de significados das informações sensoriais e vão se desenvolvendo de maneira rápida durante os primeiros meses e anos (BEE; BOYD, 2011).

O desenvolvimento motor também apresenta ganhos tanto em habilidades amplas e específicas a partir do segundo e terceiro anos. As amplas podem ser caracterizadas como engatinhar, correr e andar de bicicleta e as finas, como segurar o lápis, enfiar a linha na agulha ou agarrar ou pegar objetos, todavia, o desenvolvimento completo esperado para essas habilidades se dão aos cinco ou seis anos (BEE; BOYD, 2011). No que tange ao desenvolvimento linguístico, a criança de dois anos apresenta um repertório com cerca de 200 palavras e, ao final do segundo ano e início do terceiro, já pode utilizar frases curtas. Aos três anos, a criança já sabe fazer xixi e cocô sozinha, porém, precisa de ajuda para se limpar. A família deve estar atenta a perguntar para a criança se ela deseja ir ao banheiro e reforçá-la quando avisar, quando não der tempo, evitar ridicularizar, punir ou repreender a criança. A imitação é outra característica presente nesta fase da vida e é um fenômeno universal do amadurecimento, pois, a partir da imitação a criança consegue internalizar os processos de identificação e podem usar da imitação para promover interação social e para destacar semelhanças com outras pessoas. Neste período também é provável que a criança se interesse por violações de regras adultas e eventos que promovam desaprovação. E é aí que se inicia o seu senso moral de certo ou errado (ISLOAN; MALTZ; MANFRO, 2013).

Aos quatro anos a criança aprende observando e participando das atividades com adultos e com outras crianças. Neste período ela é influenciada pelo que as outras crianças

pensam dela. Deste modo, é de fundamental importância que a família e os outros cuidadores elevem seu autoconceito. Assim, será mais confiante e será capaz de enfrentar os desafios que encontrar. Com 4 anos, é importante que a criança esteja na pré-escola, pois, lá ela terá a oportunidade de conviver com outras crianças; construir a personalidade; ter acesso a novos conhecimentos; conhecer, aprender e respeitar regras em espaços coletivos; aprender a dividir e receber estímulos em aspectos cognitivos, neuromotor e psicossocial (BASSOLS, 2013).

A família durante esse processo de desenvolvimento é o sistema que mais influencia, embora, possa contar também com a escola, os amigos, e os avós. E segundo Sigolo (2004) apud Silva et al. (2008), a família é a via de mediação entre a criança e a comunidade e é também junto à família que ela consegue desenvolver noções básicas de tamanho, cor, peso, quantidade e lugar (UNICEF, 2013).

Ademais, é importante salientar que os aspectos do desenvolvimento são universais, como os reflexos. Contudo, existem diferenças singulares para cada criança. Partindo desta perspectiva, não é possível estabelecer um tempo final para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e nem do indivíduo, uma vez que dependem das condições oferecidas pelo ambiente que se referem também as condições socioeconômicas, e o que será aproveitado pelas crianças destes ambientes. Assim, esse desenvolvimento pode ter longos períodos de aprimoramento e sofisticação mesmo que do ponto de vista orgânico já tenha atingido o nível maturacional (GALVÃO, 1998).

1.6. Expectativas (ir)realistas e seus desafios diante de um “diagnóstico” de apraxia da fala

A palavra “expectativa” segundo o minidicionário da língua portuguesa significa: esperança de que algo (agradável ou desagradável) venha a acontecer (XIMENES, 2000). Para Friedberg e McClure (2004), normalmente os pais esperam muito ou muito pouco dos seus filhos e por vezes confundem os comportamentos desejados com comportamentos esperados. O que os pais relatam sobre seus filhos, as crenças e a forma como se preocupam mediante seus comportamentos vão influenciar o desenvolvimento dos mesmos, assim como, podem interferir na interação entre eles e no desempenho das crianças a longo prazo.

As expectativas por sua vez, podem estar direcionadas a dois polos, o polo das expectativas realistas e o polo das expectativas irrealistas. As expectativas realistas comumente são consideradas funcionais, pois, facilitam o desenvolvimento da criança e diz de uma relação positiva entre os pais e a mesma. Já as expectativas irrealistas são

consideradas disfuncionais, pois, trazem consigo consequências opostas às realistas, a saber: frustrações, falta de estímulo, baixa autoestima/autoconceito e punições (MOTA; BARROS, 2008).

Crianças que estão imersas em ambientes onde as expectativas irrealistas se fazem presentes, são por vezes cobradas a realizarem funções que ainda não estão ao seu alcance em níveis de habilidades e competências e na maioria dos casos nada do que conseguem realizar é suficiente ou adequado, pelo fato de que as expectativas são muito altas e irracionais.

A idade cronológica vem como um marco, na qual os pais esperam mudanças bruscas no comportamento e desenvolvimento das crianças e por vezes esquecem que o tempo cronológico não é o mesmo tempo biológico e que os processos de cada criança ocorrem em tempos diferenciados. A flexibilidade dessas expectativas se faz de grande importância, pois, ajustando-as há uma grande probabilidade de diminuição dos conflitos, comparações e opiniões discrepantes entre os pais e as crianças (MOTA; BARROS, 2008).

O diagnóstico de uma doença, transtorno ou condição crônica no meio familiar, principalmente se tratando de crianças tem uma repercussão impactante, que pode resultar na mudança da rotina, na reconfiguração dos novos papéis e conseqüentemente no que tange as relações familiares de modo geral, bem como na ocupação dos pais ou cuidadores e no âmbito financeiro. Diante disso, é de fundamental importância preparar a família para receber o diagnóstico, fornecer as informações necessárias sobre o mesmo, assim como, as estratégias de intervenção para o problema (PINTO et al., 2016).

Receber um diagnóstico que traz consigo inúmeros sinônimos de “dificuldades” e “atrasos”, principalmente em um ambiente cercado por expectativas irrealistas, pode modificar todo o curso de relações ali estabelecidas, causando um desconforto tanto para os cuidadores quanto para quem recebeu o diagnóstico. Os sentimentos de ansiedade, tristeza e culpa são os mais frequentes, além da diminuição da qualidade de vida. A ansiedade pode estar relacionada desde a melhora à manutenção dos sintomas por longos períodos, a tristeza no que diz respeito a quebra das altas expectativas depositadas na criança e a culpa por tentar atribuir ao problema sempre uma razão que, na maioria dos casos, os pais tomam para si. Nesse sentido, todo cuidado no momento de enquadrar o indivíduo em um diagnóstico deve ser tomado, a fim de não prejudicar ainda mais as relações ou criar um ambiente hostil para quem recebeu o diagnóstico (ALBUQUERQUE et al., 2012).

A apraxia da fala foi descrita pela primeira vez por Darley em 1969 e é caracterizada como um transtorno articulatorio que dificulta a capacidade de programar de maneira espontânea a posição da musculatura e a sequência dos movimentos musculares para a produção dos sons, sílabas e palavras. Pode surgir tanto em crianças quanto em adultos e quando em crianças é chamada de apraxia de desenvolvimento e nos adultos, apraxia adquirida ou verbal. Assim, os indivíduos que apresentam tal dificuldade, nas tentativas de falar não conseguem reproduzir os sons desejados ou na ordem que imaginariam que fossem (SOUZA; PAYÃO, 2008).

O desenvolvimento dos processos linguísticos nas crianças ocorre de maneira processual de maturação e pode se estender ao longo de toda a infância, considerando que elas vão aprendendo a partir dos estímulos oferecidos por não nascerem com a praxia desenvolvida. A praxia corresponde ao aprendizado funcional que requer uma interação com a produção da própria fala (SOUZA; PAYÃO, 2008). Destarte, este desenvolvimento é essencial para aquisição de níveis mais elevados da comunicação oral e influencia de forma decisiva a aprendizagem dos sons da fala e, a partir do momento que esse desenvolvimento não ocorre ou os estímulos não são oferecidos de maneira adequada à criança compromete a produção dos sons e resulta em um atraso na produção da fala (SOUZA; PAYÃO; COSTA, 2009).

Existem várias maneiras de intervenções no caso de apraxias de fala que são distintos e singulares a depender do caso e o tempo pode variar entre cada um, como: os estímulos de ouvir, falar, ler e escrever e um trabalho multiprofissional são efetivos e estão relacionados a melhora no aumento do repertório da fala (ALMEIDA-VERDU et al., 2015).

2. DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio de caráter supervisionado I e II descritos no presente relatório foi vivenciado no Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Ciências da Saúde, situado na cidade de Santo Antônio de Jesus e tem como público alvo crianças e adolescentes. O serviço de Psicologia deu início as suas atividades junto à comunidade no ano de 2011 e tem como público geral a população de Santo Antônio de Jesus e cidades da redondeza.

O Serviço de Psicologia é uma clínica-escola que abarca estágios básicos, supervisionados, pesquisa e extensão com a finalidade de proporcionar aos estudantes experiências e vivências práticas no campo da Psicologia. Os serviços oferecidos à comunidade, tanto interna quanto externa, são gratuitos e os seus princípios são a responsabilidade social e ética profissional, tendo como prioridade o atendimento ao público de baixa-renda. Demandas de crianças, adolescentes, adultos e idosos são acolhidas e os devidos encaminhamentos são realizados.

A infraestrutura da clínica-escola dispõe de uma recepção, cinco salas para atendimento com adultos, cinco salas para atendimento infantil, duas salas para supervisão, uma sala de apoio, uma sala multiuso, uma sala para práticas grupais, uma sala para estagiários, testoteca, almoxarifado, uma sala para Psicólogos (as) e uma para a coordenação, seis banheiros e uma copa. Por fim, as modalidades de atendimento psicológico disponibilizados atualmente no Serviço são: Triagens, Anamnese, Psicoterapia para o público adulto e infantil e Psicologia de portas abertas.

3. OBJETIVOS DO ESTÁGIO

O estágio supervisionado em clínica infantil tem como objetivo geral possibilitar ao estagiário a experiência de atendimento psicoterápico individual com crianças e adolescentes, a luz da terapia cognitivo-comportamental, durante o período de dois semestres. Este é realizado no Serviço de Psicologia da UFRB e proporciona além dos atendimentos, discussões dos casos clínicos em supervisão, leituras, triagem, anamnese, simulações, utilização dos conhecimentos assimilados durante toda a trajetória acadêmica e, por fim, nos oportuniza a experiência prática mais completa da graduação.

Os objetivos específicos podem ser compreendidos através de: discutir para o aprofundamento na teoria cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes, ampliar das nossas percepções, pensamentos e sentimentos acerca de cada caso, escuta clínica e intervenções adequadas para cada paciente.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

4.1. Leitura dos textos acerca da TCC com crianças e adolescentes

Para iniciar e nortear a nossa prática no estágio supervisionado algumas leituras se fizeram necessárias acerca da Terapia Cognitivo Comportamental com crianças e adolescentes, bem como, conhecer as suas principais técnicas, surgimento e influências. Tendo em vista que a prática clínica com crianças e adolescentes se diferencia da prática com adultos foi necessário um aprofundamento na teoria. Leituras específicas para cada caso também foram indicadas e discutidas em supervisões e elucidadas todas as dúvidas. Vale ressaltar que foram momentos de muito aprendizado e trocas.

4.2. Triagem

A triagem foi uma atividade realizada por todos os estagiários do grupo que teve como objetivo recolher informações, conhecer as demandas e queixas do paciente para que pudesse ser feito o encaminhamento mais adequado. O processo de triagem, no nosso caso, deveria acontecer em no máximo 50 minutos, todavia, existia uma flexibilidade a depender da situação. Com a realização da triagem é possível fazer um detalhamento da queixa e levantar hipóteses sobre o caso. A partir desse procedimento foram identificadas a gravidade e urgência dos casos para os futuros atendimentos.

O material utilizado se caracterizou por uma ficha estruturada disponibilizada pelo Serviço, na qual, era possível ter acesso a informações básicas do paciente, familiares, renda familiar, telefones para contato, disponibilidade de horário e dia para o atendimento. Considerando que, o estágio em questão é desenvolvido com crianças e adolescentes, em todos os casos a triagem foi realizada com os pais ou cuidadores com o intuito de obter mais informações sobre a queixa e o que os motivou a estar ali. Após essa etapa, as triagens foram levadas à supervisão, onde, passaram por um momento de discussão a partir do que foi levantado, logo, aquelas que atendiam aos critérios do estágio foram selecionadas e posteriormente os responsáveis pelas crianças foram contatados para iniciarmos os atendimentos.

4.3. Anamnese

A anamnese foi realizada com duas mães de pacientes e teve por objetivo coletar dados sobre o histórico de sintomas trazidos no momento da triagem e aprofundá-los. A

aplicação da mesma levou cerca de duas sessões devido à quantidade de informações que são pontuadas. A anamnese é o ponto de partida para conhecer um pouco mais o paciente e é de extrema importância que o terapeuta neste processo seja empático e acolhedor com as demandas que estiverem sendo trazidas e aproveite ao máximo o tempo disponível a fim de entender o que está sendo dito e como é dito. Assim como a triagem, no momento de realização da anamnese é possível fazer o mapeamento da queixa e levantar hipóteses sobre o caso. A partir dela também se tem acesso a informações desde a gestação até a fase atual da criança entendendo os relacionamentos interpessoais, desenvolvimento cognitivo e motor, entre outros. Vale ressaltar que a anamnese só ocorre se considerarmos que o caso precisa de informações anteriores (ou seja, desde a gestação). Em caso contrário, se realiza apenas uma entrevista inicial com os pais ou cuidadores para verificar se a queixa permanece a mesma em função da possibilidade de demora no atendimento.

4.4. Supervisão

No primeiro momento as supervisões foram realizadas em um dia da semana num tempo totalizado em seis horas, incluindo leitura e discussão de textos, simulações de atendimentos (*role play*), construção de casos clínicos e discussão dos mesmos, elaboração de registro de pensamento diário (RDPD), treino de escuta e preparação para futuros atendimentos.

As supervisões foram conduzidas pela orientadora Maria Goretti, sempre muito pontual e com a participação de nós, estagiários, que fazíamos as leituras e puxávamos as discussões a respeito dos capítulos solicitados, bem como, as simulações e discussões de casos com o intuito de nos preparar para uma boa escuta, ter uma postura adequada e conseguir ter um manejo ao mesmo tempo em que fosse acolhedor, eficiente para ter acesso às informações necessárias. Sempre cuidadosa e atenta, a orientadora acolheu nossos medos e inseguranças e nos fez perceber que aquele espaço para além de discutir textos, casos e simulações, era também o lugar onde poderíamos errar, expor nossos medos, ansiedades e angústias e ter apoio um dos outros, sendo motivados, compartilhando momentos de felicidade e amadurecendo.

No segundo momento, as supervisões continuaram sendo realizadas em um dia da semana, contudo, a carga horária ficava entre quatro horas semanais. Após as triagens as escolhas dos casos se iniciaram e foram realizadas em conjunto com os estagiários e

supervisora. Avaliando a necessidade ou não de cada caso, as anamneses foram executadas a fim de obter novas informações para se compreender e formular o caso da forma mais adequada. Posteriormente, dava-se continuidade aos atendimentos sempre nos respaldando na ética profissional.

4.5. Leitura do Código de Ética

A leitura do Código de Ética do profissional Psicólogo foi um momento ímpar das experiências de estágio que tive até aqui. Foi possível ter acesso à leitura completa do mesmo e discussão dos itens enfatizando o nosso compromisso ético pelo outro, sobretudo, compromisso ao que nos propomos enquanto estagiários e futuros profissionais.

4.6. Atendimento Clínico

Os atendimentos iniciais realizados com as crianças visavam o fortalecimento do vínculo terapêutico, peça fundamental para o sucesso do tratamento. Deste modo, falar para a criança o que é um psicólogo e o que um psicólogo faz, o que significa sigilo, deixar claro para a criança o que é o processo terapêutico e o quão importante é a sua participação e colaboração pode motivar a criança a se engajar cada vez mais. O primeiro contato é sempre mais livre, sem pressionar o paciente a fim de estabelecer uma boa relação terapêutica, na expectativa de que ele volte. Após este primeiro momento as sessões configuram-se em encontros semanais, com duração de 50 minutos e trabalha-se conteúdos específicos relacionados às demandas trazidas. Há também sessões realizadas com os pais, tanto individualmente quanto juntos com um caráter de orientação e reflexão direcionadas a eles e no que eles podem contribuir para desempenho criança em todo percurso terapêutico.

4.7. Evolução das Sessões e Diário de Campo

As evoluções das sessões também foram atividades desenvolvidas no período de estágio que consistiam em relatos objetivos e claros do que ocorreu durante as sessões, assim como, descrição de atividades e o desempenho da criança em cada uma delas. A partir dos relatos de sessão é possível ter uma noção do que está acontecendo e acompanhar o caso de maneira mais fidedigna de modo a facilitar nas supervisões as discussões. Logo que finalizada a sessão, a evolução é preenchida e anexada ao prontuário do paciente e não pode ser retirada do Serviço de Psicologia por questões éticas, por fim, são assinadas pela orientadora e pela (o) estagiária (o) responsável pelo caso.

Os diários de campo são outro modelo de registro utilizado. Este é elaborado pela estagiária (o) responsável pelo caso e pode conter mais detalhes sobre a sessão. Além de descrever as atividades, desempenho e a sessão de modo geral, possibilita a expressão das impressões, percepções e sentimentos acerca do atendimento. Eles também são utilizados nas supervisões, pois, a forma como estamos imersos e engajados no processo vai fazer muita diferença no desenvolvimento do caso.

4.8. Elaboração de Cartilha para os pais sobre primeira infância

Na primeira devolutiva realizada com os pais da paciente escolhida para o presente relatório, foi entregue uma cartilha (APÊNDICE A) que apresentava algumas informações a respeito do processo de desenvolvimento esperado para cada criança com a idade de zero a quatro anos. Nela constavam fases específicas relacionadas à idade da paciente, escolhidas propositalmente diante do que foi exposto nas sessões iniciais realizadas com os pais, com a finalidade de fazê-los refletir sobre o que eles esperavam da criança e o que ela era capaz.

5. APRESENTAÇÃO DO CASO

Neste estágio supervisionado, cada estagiário é responsável por fazer o acompanhamento, à priori, de no máximo três crianças e/ou adolescentes, todavia, existem exceções e pelo número reduzido de estagiários neste semestre a quantidade de pacientes por terapeuta aumentou. Partindo daí, fui responsável por acompanhar quatro crianças de diferentes idades, a saber: Ana - três anos e onze meses, Francisco - oito anos, Laura - 12 anos e Rodrigo - nove anos, contudo, o presente relatório tem como foco apenas um destes casos, o caso de Ana.¹

A escolha do mesmo foi motivada por inúmeros fatores, principalmente, pela afetação e pelo desafio que se instaurava a cada atendimento. Desafio este, por ser uma criança que não apresentava devido a sua idade habilidades de leitura e escrita, tinha dificuldade na fala e era alvo de grandes expectativas por parte do pai. Foi o caso com a maior quantidade de atendimentos e intervenções até o presente momento e com uma assiduidade incontestável da criança e dos pais. Para que o caso se tornasse um relatório de estágio e houvesse a realização do acompanhamento com a criança, foi entregue e assinado pelo pai o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Até o momento foram realizadas 20 sessões com a criança, três sessões individuais com a mãe, três sessões individuais com o pai, três sessões com a mãe e o pai e uma sessão em conjunto com a mãe, o pai e a criança, totalizando 30 sessões.

5.1. *Dados Pessoais*

Quando iniciamos o processo terapêutico Ana estava com três anos e onze meses e atualmente está com quatro anos e cinco meses, filha única, até o momento, já que seus pais estão à espera do segundo bebê. Reside com os pais e está cursando o maternal dois do ensino fundamental numa escola privada na cidade de Santo Antônio de Jesus.

¹ Todos os nomes acima citados são fictícios com a finalidade de resguardar o sigilo das crianças.

6. FORMULAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A formulação do caso é caracterizada pela compreensão das demandas trazidas a partir de uma estrutura cognitivo-comportamental. Ela é a principal condição para que a escolha das intervenções e técnicas sejam adequadas e fornece hipóteses a serem testadas ao longo do processo terapêutico. A formulação é realizada colaborativamente, na qual as informações apresentadas pelos pais e pela criança são estruturadas e organizadas pelo terapeuta, para assim dar início a investigação das possíveis relações entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos. Deve ser frequentemente avaliada, revisada e verificada com o propósito de validar os elementos novos que surgirem. Além disso, é uma via de mão dupla para a criança e para o terapeuta, no que diz respeito à criança, é o meio pelo qual ela compreende e se dá conta de suas dificuldades e para o terapeuta, é utilizada na avaliação do surgimento, desenvolvimento e manutenção dos problemas (STALLARD, 2007).

Para se formular um caso é necessário entender alguns componentes, a saber: problemas apresentados; história e etapas do desenvolvimento; antecedentes comportamentais e suas consequências. O passo inicial para formulação é definir o problema apresentado de maneira que caracterize a situação única da criança e sua família, com finalidade de tornar o tratamento o mais específico possível (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

A história e etapas do desenvolvimento fornecem dados da criança relacionados à aprendizagem passada e é possível colocar as queixas trazidas em um contexto apropriado. Compreender as etapas do desenvolvimento de cada criança possibilita ter acesso a informações importantíssimas para a formulação do caso, assim como, entender os atrasos no desenvolvimento e como os mesmos interferem na percepção crítica das crianças. Para isto, algumas áreas são importantes de serem trabalhadas no momento de tomada da história da criança e seus responsáveis. As informações sobre ajustamento e desempenho da criança no ambiente escolar é uma referência significativa, pois, a escola é o lugar, na qual são exigidas da criança muitas habilidades, produtividade e é lá também que elas estabelecem relações com outros colegas (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

Os relacionamentos familiares e vínculos, também são fontes de informações valiosas, pois, a partir do entendimento do contexto de relacionamentos em que a criança vive o acesso a informações sobre as mesmas se torna possível. Outra questão de grande valia é reunir informações a respeito das práticas disciplinares empregadas pelos pais, posto que, é relevante

para os terapeutas entenderem como o comportamento indesejável é desencorajado e como o desejável é alcançado. Saber sobre as experiências passadas de tratamentos anteriores das crianças, também se faz necessário, assim como, o tempo de duração e a resposta aos mesmos. Além disto, o uso de substâncias também é um ponto de investigação, pelo fato de que, a utilização das mesmas dificulta as manifestações dos sintomas (FRIEDBERG; McCLURE, 2004).

6.1. Queixas e demandas trazidas

6.1.1. Primeira sessão com os pais

Ana foi encaminhada ao Serviço de Psicologia pela Psicóloga Maria Goretti da Fonseca a partir de alguns relatos feitos pelos pais que demonstraram preocupação com relação a alguns comportamentos apresentados pela criança em casa e na escola.

A primeira sessão para o acompanhamento de Ana foi realizada com os pais, a fim de obter uma maior quantidade de informações a respeito da queixa. Foi uma sessão intensa que durou aproximadamente duas horas em que se pôde perceber uma necessidade muito grande de escuta, principalmente do pai que se encontrava extremamente ansioso pela filha ter recebido recentemente o diagnóstico de apraxia da fala e por outras questões que serão descritas mais adiante. A mãe em contrapartida, aparentemente se encontrava mais calma e mais compreensiva com as questões relacionadas à criança no que se refere a linguagem e outros comportamentos.

Segundo os pais, Ana apresentou um desenvolvimento considerado normal até o primeiro ano de vida. Posteriormente, passou a apresentar alguns atrasos que segundo eles, estavam relacionados ao tempo que ela ficou numa creche. Tempo este totalizado em dois anos. Diante do exposto, a queixa de Ana estava centrada na sua fala infantilizada, dificuldades com a coordenação motora fina, dificuldade em receber ordens e obedecer a comandos, troca de alguns fonemas, vocabulário restrito, atraso para iniciar as primeiras palavras, dificuldade em formular frases complexas, isolamento social principalmente no âmbito escolar, imitação do que assistia na televisão, comportamento de birras e o diagnóstico de apraxia da fala. Diante disso, segundo o pai, “ela tem cinco em uma”, “a menina é demais” (sic).

Por outro lado, a mãe se mostrou mais paciente com relação ao tempo da filha e focou bastante no que ela consegue fazer, confirmou algumas queixas levantadas pelo pai no que diz respeito à dificuldade da criança em receber ordens e obedecer a comandos, as trocas de fonemas, isolamento social na escola e birras e acrescentou a dificuldade que tem de fazer com que a criança se alimente. Ela relatou: “às vezes acho que sou cega, porque ele vê muita coisa que eu não vejo. Fico até preocupada de eu tá querendo não enxergar, mas vejo ela fazer tanta coisa...” (sic). Expôs também que ao contrário do pai, está sempre reforçando a criança mesmo que ela tenha dificuldade em fazer alguma atividade, porque para ela, só a tentativa já vale muito. “Ele já é diferente, às vezes, quando Ana não consegue fazer alguma coisa, ele fica desfazendo dela e fica dizendo: “essa menina não vai pra lugar nenhum”, “essa menina é muito devagar”, “será que ela vai ser sempre assim?”” (sic).

O pai se apresentou como uma pessoa muito exigente em muitos aspectos e espera que a criança possua habilidades que não condizem com o seu desenvolvimento, com a idade que ela tem. As expectativas depositadas pelo pai na criança são altas e infelizmente, ele não consegue perceber que na jornada da vida o desenvolvimento da filha não pode seguir os seus desejos, o que acarreta-lhe, inúmeras frustrações. Pois, para ele, “ela já deveria estar falando línguas estrangeiras (inglês e francês)”, “ela deveria ser mais adulta”, “ela é muito infantil”, “já deveria estar sabendo todo alfabeto”, “deveria estar tendo noções de dinheiro” (sic) e assim por diante.

6.1.2. Queixas trazidas pela criança

Devido ao fato de Ana não possuir um vocabulário extenso, não apresentar habilidades de leitura e escrita, a confirmação ou não das queixas e o surgimento de novas demandas, se deram a partir da observação clínica dos comportamentos durante as sessões subsequentes. Alguns comportamentos inicialmente me chamaram atenção, pois, segundo os pais, ela apresentava o comportamento de isolamento social, e na nossa primeira sessão, ela se dispôs a entrar sozinha, se comunicou dentro do possível, realizou as atividades propostas e ao finalizar foi bastante colaborativa na arrumação da sala.

No decorrer das sessões, a partir das observações realizadas, algumas demandas trazidas pelos pais foram confirmadas, principalmente no que se refere à linguagem (vocabulário restrito), receber comandos e instruções, coordenação motora fina, birras e troca ou omissão de fonemas, por exemplo: tiara – tiaia; uva – uba; cadeira – cadeia.

6.1.3. Demandas apresentadas durante os atendimentos

O processo de acompanhamento de Ana foi desafiador, devido ao que foi descrito acima. Algumas outras demandas foram levantadas a partir do que era observado a cada encontro. Ana foi altamente assídua não faltando aos atendimentos, pontual e com o passar do tempo foi cada vez mais se engajando nas atividades propostas.

De início foi um pouco complicado, por ela não atender a comandos e instruções e por dispersar bastante, sobretudo, pela quantidade de estímulos presentes na sala. Mas, com o decorrer do processo o vínculo entre terapeuta-paciente foi se estabelecendo e se fortalecendo e automaticamente ela passou a se engajar mais nas atividades propostas, me abraçava, me coroava como “rainha tia Aline” (sic), se tornou mais colaborativa e para os comportamentos de birra, a comunicação oral e os acordos foram às vias possíveis de fazê-la parar para escutar e se tornar mais flexível.

Ao longo dos atendimentos, realizamos uma extensa avaliação que incluía muitas habilidades do desenvolvimento de Ana que ia do nível cognitivo, motor e emocional ao linguístico. Dentre eles, o que mais chamou atenção foi o desenvolvimento da linguagem. A paciente faz acompanhamento com a fonoaudióloga, que vem contribuindo de forma significativa no aprimoramento dessa habilidade. Questões tocantes ao relacionamento com os pais também apareceram durante os atendimentos e trabalhamos tanto com a criança quanto com os pais, visando compreender melhor estes processos e sinalizar o modo como eles interferem na vida da paciente.

6.2. *Antecedentes e situação de vida atual*

Ana estuda numa escola privada situada na cidade de Santo Antônio de Jesus e é filha única. Antes desta, frequentou uma creche no período de dois anos, na qual ficava com apenas seis crianças durante o dia e segundo os pais, foi um dos fatores que contribuíram para os atrasos de Ana, considerando que lá, ela não recebeu os estímulos adequados para se desenvolver. A sua mãe é servidora de uma instituição pública, assim como o pai. Ambos trabalham durante o dia e o tempo disponível para ficar e dar mais atenção à criança é à noite. Ana estuda no turno matutino e logo que sai da escola é levada pelo transporte escolar a casa da avó, faz reforço escolar no período de uma hora por dia, que segundo o pai, é apenas para estimular a coordenação motora, e assim que volta, está livre para fazer o que sente vontade, principalmente brincar com sua prima que é um ano e meio mais velha que ela.

Ana foi fruto de uma segunda gravidez, visto que a primeira foi interrompida devido a complicações. Durante os relatos, a mãe disse que a gravidez de Ana foi mais esperada por ela, que pelo pai, o que na gestação gerou alguns conflitos entre eles. Recentemente foi descoberta uma nova gravidez, Ana trouxe a informação na sessão e posteriormente esta foi confirmada pelos pais.

A criança é muito ativa, gentil, colaborativa, atenciosa e carinhosa. Com relação à mãe, demonstra muito afeto, diz que a ama e sempre que fazemos atividades que ela pode levar para casa, diz que vai dar para a mãe e apesar de falar do pai de maneira diferente, como “meu pai é horrível”, “ele é mau comigo” (sic), se preocupa e demonstra afeto pelo mesmo.

No ambiente escolar, Ana consegue acompanhar a turma referente à sua idade, todavia, alguns comportamentos de não se envolver em atividades com outros colegas, ter poucos amigos e não participar de eventos festivos chamou atenção dos professores, os quais solicitaram aos pais que a levassem ao psicólogo a fim de poder compreender melhor o que se passava.

Antes de ir ao Serviço de Psicologia, Ana nunca havia realizado acompanhamento psicológico, porém, faz acompanhamento com terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, além de ter ido a alguns neurologistas e neuropediatras. Em um dos exames realizados com o neurologista, Ana recebeu o diagnóstico de apraxia da fala, diagnóstico este que desestabilizou e preocupou o pai da paciente que logo recorreu a outro neurologista, o qual fez novos exames e não detectou nenhum problema com a criança, apesar disso, a situação do pai não melhorou.

Com relação à linguagem, ela faz acompanhamento com fonoaudiólogo quinzenalmente e vem apresentando avanços, principalmente no seu repertório que vem se expandindo cada vez mais e a terapia ocupacional também vem auxiliando o processo do desenvolvimento motor. O acompanhamento psicológico por sua vez, vem contribuindo com ambos, tendo em vista que trabalhamos nas sessões o estímulo e desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas, emocionais, assim como a consciência fonológica auxiliando o processo de desenvolvimento da linguagem.

6.3. Formulação Cognitiva Comportamental

Ana chegou ao Serviço de Psicologia com a principal queixa de dificuldades na fala, na coordenação motora fina, fala infantilizada, não seguir instruções de comandos e ordens, ser muito “retada”, birrenta, pirracenta, apresentar o comportamento de isolamento no âmbito escolar e dificuldades na alimentação. Após o primeiro contato com os pais, demos início a anamnese a fim, de investigar um pouco mais a vida de Ana desde a sua gestação até os dias atuais. A anamnese foi realizada com a mãe e levou cerca de duas sessões.

Ana é considerada pelo pai infantil demais para sua idade e segundo a mãe, ela está no nível de desenvolvimento esperado. Para o pai, ela não deveria usar mais tiaras de flor, pois, já é uma mocinha e poderia ser mais independente e mais adulta, colocando as roupas sujas na máquina de lavar, falando línguas estrangeiras (inglês e francês), sabendo o alfabeto, tendo noção de dinheiro, não imitar os desenhos, principalmente o modo de falar e chorar, que é algo que o incomoda muito. A mãe por sua vez, enfatiza as potencialidades da criança e o fato dela ser realmente uma criança, reconhecendo que Ana ainda é muito pequena para atender algumas exigências do pai, que por sinal são altas. Conta também que vem buscando sempre respeitar o tempo dela, e em contrapartida, para o pai, esses comportamentos de Ana o constrange muito, pois, “eu imaginei um foguete” (sic). Segundo a mãe, o pai faz questão de falar para outras pessoas que Ana tem dificuldade, o que a incomoda bastante, visto que, para ela, Ana não tem dificuldade, ela tem alguns atrasos devido à falta de estímulo uma vez que não foi estimulada adequadamente quando mais nova.

Diante disso, foi possível perceber as diferentes percepções dos pais com relação a Ana. De um lado havia exigências e do outro havia compreensão. A fim de auxiliar nesse processo de flexibilização por parte do pai, foram realizadas sessões individuais com ele e em conjunto com a mãe com o objetivo de elucidar para ambos os processos de aquisição de competências para uma criança, o que se pode esperar de uma criança e o quanto as percepções e crenças deles influenciavam no desenvolvimento de Ana.

Com a criança, as *primeiras sessões* foram destinadas a investigarmos essas demandas mais a fundo, e para isto, iniciamos com atividades mais lúdicas a fim também de fortalecermos o vínculo e engajar a criança no processo terapêutico. A partir da *quinta até a 11ª sessão* demos início às atividades voltadas para as queixas trazidas de dificuldades em receber instruções, comandos e coordenação motora fina. Assim, foram realizados durante os

atendimentos pintura de desenhos com lápis de cor, desenhos feitos a mão, trabalhamos a partir de jogos de sequência lógica, jogo da memória tradicional, formas geométricas a partir de imagens e massa de modelar. Trabalhamos também com orientação espacial, temporal, noções de tamanho com linhas, madeiras e a partir de desenhos, ritmo a partir de músicas ou vídeos e lateralidade através de circuitos montados em sala e consciência corporal utilizando as partes do corpo humano. Em todas as atividades Ana se saiu bem, apresentando poucas dificuldades nas execuções.

A relação de Ana com os pais pode ser considerada boa, apesar de que, com a mãe é mais próxima pelo que traz nas sessões. Antes dos pais perceberem que Ana apresentava alguns atrasos e de receberem o diagnóstico, eles não realizavam muitas atividades juntos. Após tomarem consciência do papel deles enquanto estimuladores para o avanço das habilidades e competências da criança em sessão, passaram a fazer várias atividades juntos, desde brincadeiras em casa até em praças e fazendas, onde eles interagem bastante e aproximam-se cada vez mais da criança. Diante do exposto, tal atitude dos pais foi reforçada, haja vista que é de fundamental importância essa interação para o desenvolvimento da criança.

As interações de Ana no ambiente escolar com as outras crianças eram muito restritas, somando-se a duas coleguinhas, o que gerava na mãe um desconforto por ser convocada a ir à escola várias vezes. Segundo ela, a razão para tal comportamento era por Ana estar numa escola nova onde não conhecia muitas crianças. Em relação as situações de ensaios para festejos e atividades em grupo, a mãe relatou que ela ficava apenas observando, mas, não participava e nas apresentações festivas se escondia sempre atrás do palco. Percebendo a necessidade de investigar e ter acesso a essas questões foi proposto aos pais na 12ª sessão uma visita de observação na escola de Ana, todavia, por estar no fim do ano letivo, esta não foi possível.

Por esta razão, buscamos informações acerca desses comportamentos de Ana nas sessões através de fantoches, bonecos, brincadeiras com bola e corda, nas quais Ana foi questionada sobre o que gostava e não gostava na escola, quantos amigos possuía, quais atividades realizava com outros coleguinhas, entre outras.

Com base no que foi observado durante os atendimentos no que diz respeito a linguagem, a partir da 14ª sessão iniciamos algumas atividades relacionadas a pronúncia de

palavras e consciência fonológica com a finalidade de auxiliar o seu processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Para estas, foram utilizadas atividades de ação motora em que era exigida a pronúncia das palavras, por exemplo: ir ao círculo rosa e pronunciar a palavra que se refere a determinado desenho (casa, bola, uva, cadeira, entre outras), jogo da memória com frutas para ela pronunciar cada uma, atividades de pronúncia e escrita de letras do alfabeto e escrita de nomes como o dela e o meu, a partir das letras soletradas. Foi um momento interessante, pois, Ana apresentava conhecimento das letras e conseguiu escrever seu nome sozinha. Com relação à pronúncia, algumas palavras ela sentiu dificuldade, todavia, a partir da repetição conseguiu pronunciar bem muitas delas.

A partir da 15ª sessão Ana começou a falar sobre a sua relação com os pais. Nas atividades que realizamos para identificação de emoções e investigação de relações (ANEXO II), como: investigador de relações, rostos de sentimentos e fragmentos de sentença incompleta (ANEXO III), os sentimentos descritos por Ana eram diferentes em relação ao pai e a mãe. Entender essa diferença foi muito curioso, porque, apesar de ambos terem a mesma atitude diante de alguns comportamentos dela, ela sentia de maneira diferente cada reação dos pais que poderia estar ligado ao relacionamento que ela estabelece com cada um, segundo Ana “mamãe é boa” e o pai “ele é horrível”, “ele é mau comigo”, “ele é ruim”, “ele passou pimenta na minha língua” (sic). Ficar triste e zangada, por exemplo, foram sentimentos distintos que ela atribuiu às mesmas situações vivenciadas com o pai “quando papai briga comigo me sinto: triste” e com a mãe “quando mamãe briga comigo me sinto: zangada”. Isto parece ter relação direta com o vínculo que a criança estabelece em relação a cada um dos pais.

Buscando entender melhor o que se passava no ambiente familiar e as relações ali estabelecidas algumas sessões foram feitas individualmente com o pai e a mãe. Nestas, os conteúdos abordados foram o modo como interagem, os tipos de brincadeiras que costumavam fazer, questões relacionadas à fala e os tipos de castigo e punição que aplicavam em Ana quando ela apresentava comportamentos inadequados. Com Ana nas 18ª e 19ª sessões retomamos algumas situações referentes aos pais a partir de cenas que demonstravam pais brincando com os filhos, ajudando nas tarefas de casa, se alimentando, colocando de castigo e batendo, a fim de acessar as que ela vivenciava, o que pensava e como se sentia em cada uma dessas situações. Além disso, realizamos atividades de desenhos da família, nos quais ela além de desenhar os membros da família, atribuía um sentimento para cada um e foi nesta atividade que surgiu o conteúdo da chegada de um novo bebê.

Uma das questões trazidas pela mãe de Ana foi referente à alimentação. Segundo ela, Ana não gostava de se alimentar e não gostava dos alimentos (frutas, verduras, carne, feijão, entre outras). Ela passava o dia comendo besteiras e tomando leite com nescau ou o nescau de caixa e isto vinha lhe preocupando bastante, pois, mesmo tentando de várias formas e oferecendo alimentos diversos, Ana não sentia desejo de comer. Deste modo, a 20ª sessão foi realizada com os pais da criança para entender melhor essa situação, saber como é a relação de Ana com os alimentos, se ela não gosta de nenhum alimento ou alguns em específico e o que pode ser feito para auxiliar Ana neste processo de fazer refeições e na descoberta de novos alimentos. Na 25ª sessão Ana relatou que estava comendo algumas coisas como: feijão, farinha, sopa (o dia todo) e carne, além do leite com nescau.²

O conteúdo mais presente durante o processo terapêutico estava relacionado às expectativas irrealistas e o foco no diagnóstico, que, apesar de ter sido refutado pelo último médico ainda preocupava muito, principalmente, o pai. Sendo assim, direcionamos nossos atendimentos a investigar as expectativas depositadas na criança, bem como, o que caracterizava uma criança com apraxia da fala junto às potencialidades já apresentadas por Ana. Logo, trabalhamos colaborativamente com os pais em sessões, nas quais buscávamos escutá-los, acolhíamos e ao mesmo tempo discutíamos questões relacionadas a essas temáticas. Relativo a isto, a 26ª sessão com os pais, foi muito interessante assim como as demais, entretanto, nesta, ambos apresentaram um discurso otimista com relação à criança e foi realizada uma dinâmica que possibilitou a reflexão sobre as diferenças e o quanto as nossas experiências de vida são diferenciadas a partir de cada interpretação mesmo estando inseridos no mesmo ambiente.

A 27ª sessão foi realizada com os três, mãe, pai e criança e nela foi possível observar a forma como Ana interage com seus pais e a participação deles no brincar da criança. Ambos realizaram várias brincadeiras, desde brincar na casinha, brincar de bambolê, montar blocos de construção, interagir a partir dos fantoches, pintura e até na leitura de história infantil. Durante toda a sessão, ambos reforçaram a criança, ajudaram no que Ana sentia dificuldade e se divertiram bastante. Nesta sessão também, algumas falas do pai relacionadas aos avanços positivos de Ana foram ditas, por exemplo: “é, parece que ela tem melhorado, né? Pelo menos na fala, já tá bem melhor”, “já tá pegando no pincel direitinho... devagar mas tá indo, né?” “já tá ficando mais quieta e prestando atenção no que tá fazendo” (sic).

² As orientações realizadas neste sentido, serão descritas adiante.

Tomando como base essa observação feita pelo pai durante a sessão conjunta, na 28ª sessão com a criança, foram notórios alguns dos avanços mencionados pelo pai, principalmente no engajamento, tendo em vista que antes, Ana em alguns momentos não estava muito atenta e tinha comportamento de birra para algumas situações. Nesta em específico, ela conseguiu participar, falar bastante a partir de estímulos visuais de recortes de desenhos sobre o seu dia, sobre a escola, a sua relação com o novo bebê e com os pais. Além disso, aceitou acordos relacionados a hora de brincar e seguiu instruções no momento em que jogamos o jogo da memória, obedecendo regras e seu momento de jogar.

De todas as atividades propostas, poucas foram as que Ana não se engajou e a partir da avaliação inicial realizada, não foram identificados sintomas relacionados à apraxia da fala, e observamos também que a sua dificuldade não está ligada a nenhum problema neurológico como foi diagnosticado pelo primeiro neurologista e sim pela falta de estímulos e reforço. Diante das avaliações realizadas foi possível confirmar a hipótese de que as expectativas do pai com relação a Ana eram muito altas para a idade que ela possui. Em virtude disso, identificamos a necessidade de que Ana continuasse realizando o atendimento psicoterápico com o intuito de fortalecer as habilidades e continuar o processo de orientação dos pais, assim como o acompanhamento com a fonoaudióloga que muito está acrescentando no processo de desenvolvimento e aquisição da linguagem.

Em todo o processo a participação dos pais e engajamento foram essenciais, visto que se configurou num trabalho bilateral em que tanto as questões da criança apareciam como as dos pais. Por este motivo, algumas devolutivas com pais foram feitas em conjunto e sempre acompanhadas de material psicoeducativo que abrangia tanto os comportamentos esperados para a idade da criança quanto os que não eram esperados e tentando ao máximo evidenciar quais faziam parte do contexto de cobrança e expectativas do pai, as quais Ana ainda não alcançaria neste momento.

O trabalho com os pais tem sido tanto de acolhimento quanto de (des)construção, no qual, vários questionamentos são feitos, leituras vem sendo realizadas, a discussão sobre as expectativas vem se fortalecendo e em alguns momentos, o pai consegue ser mais flexível, dizendo: “eu preciso ser mais paciente. Não importa se ela vai falar bem agora ou daqui há dez anos, preciso ter paciência, né?” (sic) e com relação a mãe, ela sustenta o discurso inicial de respeitar o tempo e estimular Ana como for possível, reconhecendo e reforçando suas potencialidades.

6.4. *Intervenções Realizadas e Ganhos Terapêuticos*

Os objetivos terapêuticos relacionados ao caso de Ana visavam agregar as demandas trazidas referentes às expectativas irrealistas, diagnóstico de apraxia da fala e observação clínica em termos de habilidades e avaliação do desenvolvimento, os quais tinham certa ligação no que diz respeito ao que esperar ou não de uma criança de quatro anos.

As intervenções foram em sua maioria de ordem comportamental a fim de avaliar os comportamentos de forma imediata e com o propósito de aumentar o repertório de comportamentos desejáveis. Iniciar o processo terapêutico com técnicas comportamentais abre a possibilidade para uma boa relação entre terapeuta e paciente, assim como, eleva a motivação e engajamento do mesmo para as futuras intervenções (FRIEDBERG, McCLURE, GARCIA; 2011). Os reforços também foram de grande importância neste momento, considerando que quando aplicados de maneira adequada, aumentam a probabilidade dos comportamentos desejáveis voltarem a acontecer.

O desenvolvimento de Ana durante todo o processo terapêutico foi notório, tanto para mim quanto para a mãe e pessoas do convívio dela, como professores, amigos dos pais e outros profissionais. Para o pai, ela obteve ganhos, todavia, em alguns momentos dizia “ela melhorou um pouco, mas ela é muito devagar, né?” (sic). No decurso das avaliações ela foi atingindo níveis surpreendentes com relação ao que foi trazido na primeira sessão. Às vezes, nem parecia a mesma criança e à medida em que cada dificuldade aparecia, trabalhávamos e o progresso era evidente.

Com o desenvolvimento de determinadas competências e habilidades de fala, coordenação motora fina, receber instruções e comandos, aceitar acordos, entre outras, Ana passou a participar mais, se engajar mais e se sentir mais segura no *setting terapêutico*. O reforço positivo foi uma das peças chave nessa evolução. Para Skinner (2003) o reforço positivo possibilita a ocorrência de uma resposta a determinado estímulo a ela contingente.

Em sessões que Ana chegava mais retraída e dispersa, a medida em que ia participando era reforçada positivamente através de elogios, comemorações, abraços e dizendo que ela é muito capaz, conseqüentemente a esse reforço ela se motivava e se tornava ainda mais participativa. Um exemplo disso é que em sessões iniciais, ao serem propostas atividades como desenhar, responder alguns questionamentos ou solicitar que ela guardasse os brinquedos em determinados lugares ela dizia: “eu não sei tia”, “eu não consigo fazer isso”

(sic), nestes casos, ela era incentivada a fazer até perceber o quão era capaz e o reforço era utilizado. Diante disso, em sessões posteriores, quando eram colocadas atividades novas ou novos desafios ela já apresentava a fala interna positiva e muitas vezes explicitada “eu sei”, “eu sou capaz”, que foi reforçada durante as sessões e em casa através da mãe.

Para o desenvolvimento das competências em termos de linguagem, inúmeras intervenções foram realizadas com ela e com os pais, pois, como ela sempre recebia o que desejava falando a frase incompleta, foram solicitadas estimulações a partir de frases completas e repetições quando não fosse possível entender, até que ela percebesse que para conseguir o que queria, seria necessário falar, já que foi observado que às vezes ela não se esforçava por ter tudo o que desejava com o mínimo que falasse. Para Mousinho et al. (2008) o aparato biológico e a qualidade dos estímulos oferecidos pelo meio estão de certo modo ligados, e quando ocorre a alteração em um destes, a aquisição e o desenvolvimento da linguagem pode ser prejudicada. Como durante o período de dois anos ela frequentou uma creche, que segundo os pais, não a estimulou adequadamente e conviveu apenas com crianças da sua idade, apresentou dificuldade neste aspecto do desenvolvimento. Logo, foi orientado que os pais iniciassem este processo de estimulação da fala. Como resultado, Ana obteve avanços e hoje apresenta um repertório de palavras mais desenvolvido, já formula frases completas e quando fala algo incompreensível, é solicitada a repetir e o faz devagar a fim de facilitar a compreensão do outro.

As formas de dar comandos e ter atenção de Ana também foram alvo de intervenção, pois, a partir do momento que os pais foram orientados a agirem de maneira ativa e adequada houve um aumento do nível de obediência e atenção. Por exemplo: ao invés de falar e esperar pelo tempo dela ou que ela olhasse, os pais foram orientados a tocarem em Ana sutilmente, com a intenção de chamar atenção da mesma para determinadas situações. No que tange às ordens, os pais também foram orientados sobre o modo como deviam falar com Ana e atentarem a isso. Sobre este aspecto Friedberg e McClure (2004) trazem que dar uma ordem para uma criança não pode ser confundida com um pedido ou pergunta que abra precedentes para escolhas, logo, precisa ser bem específica e de preferência com um tempo esperado para o término, destacando-se que comandos sucessivos e acompanhados de longa explicação geralmente não tem sucesso. Assim, segundo relatos dos pais, Ana evoluiu, atende aos chamados, ordens e tem seguido instrução. Principalmente, na arrumação dos seus brinquedos que antes ela desarrumava e deixava para a mãe arrumar e no tempo que ficava assistindo televisão que antes era maior que atualmente.

A dificuldade que segundo os pais, Ana apresentava na coordenação motora fina também obteve avanços. Segundo os mesmos, a criança não conseguia pegar no lápis de maneira adequada, e para isso, realizamos atividades que avaliassem e ao mesmo tempo, desenvolvessem tanto a coordenação motora fina como a ampla a partir de desenhos, pinturas (ANEXO IV), rabiscos, circuitos, corda, bola, as subidas e descidas dela nas poltronas, colagens (ANEXO V), quebra-cabeça (ANEXO VI), entre outros. A coordenação motora fina é uma função indispensável para a realização de tarefas que demandam agilidade. Avaliar a criança em termos de desenvolvimento motor fino e amplo é um componente importante, já que ela poderá fornecer dados referentes à maturação e integridade cerebral e ainda levantar indícios a respeito de alterações no desenvolvimento motor (OKUDA et al., 2011). Com o passar de algumas sessões, Ana já estava pegando no lápis de maneira adequada e sem apresentar dificuldades (ANEXO VII). Já com relação à coordenação motora ampla, Ana estava no nível esperado e nada foi constatado.

Cada estímulo introduzido foi condizente com o nível de desenvolvimento de Ana no processo terapêutico, pois, havia uma preocupação neste sentido, uma vez que ao introduzir estímulos que não fossem adequados para ela, poderia gerar na criança sentimentos negativos e crenças distorcidas. A todo o momento o reforço foi presente, com a intenção de provocar na criança a crença de que ela é capaz e que conseguiria realizar o que estava sendo proposto.

Análogas às intervenções voltadas às expectativas dos pais e a questão da linguagem, outras demandas também foram trabalhadas. Segundo os pais, Ana não se alimentava e não gostava da maioria dos alimentos, passando o dia apenas com nescau pronto ou leite com nescau. No decorrer do processo, os pais foram orientados a estimular a criança realizando as refeições juntos e sinalizando a importância dos alimentos, pois a partir do modelo, ela poderia reproduzir tal comportamento desejado. Segundo Catania (1999), aprender com o outro é muito importante para o comportamento humano, uma vez que parte do que sabemos, aprendemos com o outro, seja nas interações familiares ou em ambientes educacionais. No caso de Ana, a aprendizagem se deu a partir da observação. Para Borges-Andrade (1981) a aprendizagem por observação é definida por um modelo de comportamento exposto (figuração) no qual o indivíduo reproduz tal comportamento (imitação). Ou seja, na figuração o comportamento é exposto ou explicado a partir de um modelo e a imitação é a reprodução do comportamento que foi exposto ou explicado. Como resultado, segundo o pai, após eliciarem esses comportamentos a criança passou a fazer as refeições, comer frutas e inclusive a comer e gostar de carne que era algo detestado por Ana.

As punições também foram discutidas nas sessões com os pais, considerando o que fora trazido pela criança e pelo pai em uma sessão, no que se refere à atitude de “passar pimenta na língua” a fim de suprimir o comportamento de Ana de chupar dedo. As punições com o passar do tempo, ao contrário do reforço não trazem vantagens nem para o punido e nem para o punidor, dado que são gatilhos para comportamentos de fuga ou ansiedade (SKINNER, 2003). “Passar pimenta na língua”, segundo o nosso código de Ética pode ser considerado maus tratos, diante disso, fizemos orientações ao pai a fim de possibilitar a mudança e caso esta não ocorresse, outras medidas seriam tomadas. Portanto, foram sugeridas novas formas de lidar com os comportamentos indesejáveis. Algumas delas foram: reforço positivo dos comportamentos adequados a partir do momento em que se percebe a mudança do comportamento ou remover privilégios e recompensas. Que, neste último caso, pode ser considerada também uma punição negativa, ou seja, retirada de um estímulo reforçador do ambiente que vai reduzir a probabilidade do comportamento de chupar dedo, por exemplo, voltar a acontecer (MOREIRA; MEDEIROS, 2008). Vale lembrar que o investimento maior deve ser feito nos reforços, pois, a longo prazo serão mais efetivos.

Em relação ao comportamento de isolamento social no âmbito escolar, observado pela mãe de Ana e professoras na escola, segundo Carvalho (2006) se caracteriza por um padrão comportamental recorrente que pode trazer desconfortos à criança, resultando numa baixa frequência e duração de interações sociais. Normalmente, crianças que se comportam desta maneira passam grande parte do tempo sozinhas, relacionando-se com outras apenas em momentos específicos ou diante da necessidade de realizar tarefas com outros pares. No caso de Ana, foi relatado que no ambiente escolar ela sempre estava sozinha ou com no máximo dois coleguinhas e não interagiu com o restante da turma. Durante eventos festivos e apresentações ela não participava e ficava sempre atrás do palco, comportamento que despertou a curiosidade das professoras e da mãe, que, logo trouxe a demanda a fim de investigarmos o que se passava com Ana ao se deparar diante dessas situações.

Inicialmente buscamos entender como funcionava o ambiente escolar, quantos alunos faziam parte da turma e se Ana tinha apenas dois amigos como foi apresentado. Durante as sessões ela chegou a falar sobre um amigo apenas. Então, investigamos a fundo como se estabeleciam as relações familiares tendo em vista que a família e a escola são ambientes essenciais para o desenvolvimento de processos evolutivos, impulsionando ou dificultando o crescimento, seja ele físico, emocional, intelectual e social de uma criança (DESSEN;

POLONIA, 2007). Com base nisto, foi discutido com os pais sobre a participação dos mesmos nesse processo de interação da criança com os diferentes ambientes. As experiências vividas entre familiares promovem a formação de repertórios comportamentais (DESSEN; POLONIA, 2007).

Visando a aquisição desses repertórios comportamentais, os pais foram orientados sobre a necessidade de eles realizarem atividades em conjunto com a criança e fora de casa, especialmente, a fim de expandir o olhar da criança, possibilitar diferentes interações e conhecer novos ambientes. A orientação foi aceita e eles passaram a adotar momentos de lazer juntamente com a filha em praças, fazendas, sorveterias, praias e até dentro da própria casa. Destarte, segundo a mãe, a criança passou a ser mais participativa, proativa e na escola já não fica apenas com dois coleguinhas, passou a falar com várias pessoas e com muita alegria relatou que na última apresentação da escola Ana participou, subiu ao palco e dançou muito, o que para ela, foi um grande avanço. Logo, a partir do momento em que as habilidades sociais passam a fazer parte do repertório de um indivíduo, conseqüentemente elas vão contribuir em termos de qualidade e efetividade nas interações que o mesmo irá desenvolver com os pares (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001 apud DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

Segundo Loss e Casseiro (2010) as crenças e os afetos que atravessam as relações sejam elas de ordem conjugal, fraternas, maternas, consigo e com os outros vão determinar os esforços e motivações direcionados a aprendizagem de um modo geral. Assim sendo, cada indivíduo vai desenvolver repertórios diferenciados para lidar com situações cotidianas. Dentre elas, a autoestima/autoconceito e a autoconfiança.

Para Guilhardi (2002) a autoestima é resultante de contingências de reforçamento positivo e no caso das crianças, elas passam a ter uma maior variabilidade comportamental, se tornam mais criativas, aumentam a probabilidade de comportamentos adequados ocorrerem, produzem sentimentos bons e possibilita a criança a ter um papel ativo nas suas relações. Já a autoconfiança é resultado tanto de contingências de reforçamento positivo quanto negativo. Diante disto, os pais devem possibilitar condições para que os filhos desenvolvam os comportamentos que terão conseqüências e não realizar estes comportamentos pelas crianças, assim, elas se sentirão capazes, seguras e autoconfiantes em suas relações.

É importante lembrar que essas condições devem ser, em todos os casos, adequadas ao nível de desenvolvimento da criança, pois, quando estas são solicitadas a realizar desempenhos muito complexos para o seu nível de desenvolvimento, elas podem recusar e se sentirem ansiosas. Por isso, devem-se evitar as altas expectativas referentes às crianças. Outra forma dos pais incentivarem o desenvolvimento da autoconfiança nos seus filhos é motivando-os a explorar o ambiente.

No caso de Ana o ambiente familiar estava de certo modo dificultando o desenvolvimento da sua autoestima e autoconfiança. Um dos fatores que mais interfere neste desenvolvimento são as expectativas irrealistas do pai, que resulta em cobranças incessantes a Ana ter alto desempenho em praticamente tudo que faz, sem contar as punições e a baixa frequência dos reforços positivos por parte do mesmo. Loss e Casseiro (2010) ressaltam que a família tem um papel e influência muito importantes no desenvolvimento das crianças por meio do sistema de crenças e valores, expectativas dos pais e como se dão as interações dentro do próprio lar. Quando estas não são funcionais, podem surgir prejuízos no desenvolvimento psicológico saudável da criança, promovendo comportamentos indesejáveis nos filhos. Neste sentido, algumas práticas do contexto familiar são fatores de risco nesse processo, a saber: comunicação negativa, punição, relação conjugal negativa, xingamentos, poucas demonstrações de afeto pelos pais e poucos reforços positivos.

No caso de Ana, algumas características foram identificadas no ambiente em que ela vive. A criança está imersa a um meio repleto de exigências por parte do pai e quando algo foge do seu controle é motivo para ele perder o equilíbrio e descontar todas as frustrações na criança, por exemplo: Ana estar conversando com suas bonecas sobre o seu dia, o pai não ver sentido no que ela está fazendo, ele chama-la de doida, segundo relatos da mãe.

Durante uma sessão realizada com o pai pôde ser observado na sua fala o quanto esse contexto de exigência faz parte da sua vida. Ele é muito exigente consigo mesmo e afirmou que na família dele sempre foi assim. Relatou que teve problemas de aprendizagem, mas a mãe como professora era muito exigente e além de ensiná-lo, ainda o colocou num reforço escolar. Também relatou que na infância nenhuma professora queria ensiná-lo pelo fato dele ser muito “pintão”. À vista disso, percebeu-se que algumas exigências que ele traz hoje para a filha são fruto do que ele passou na infância e acaba sendo uma repetição de comportamento. Porém, segundo ele, “Ana é devagar demais”, “eu era menos” (sic). “Esse jeito dela ser

devagar e ela ser assim é um baque muito grande e eu sou muito ansioso, quero tudo na hora, se eu pudesse essa menina já tava longe” (sic).

Constatando a necessidade do pai de ter uma escuta e um acolhimento, foi sugerido que ele iniciasse uma psicoterapia individual a fim de lidar com essas questões que estão sendo projetadas de certo modo na criança. Houve momentos de psicoeducação a partir de textos e muitas tentativas de ajuste de expectativas, que por vezes surtiam efeito e por vezes ele não concordava e mantinha seu posicionamento. Estes momentos eram de reflexão a respeito dos impactos que estas exigências resultariam na criança no presente e futuramente. A mãe por sua vez, também foi indicada a iniciar uma psicoterapia, pois, necessitava de uma escuta e acolhimento, estava abalada com todos os acontecimentos, com as reações do pai com relação à Ana e por ter descoberto uma nova gravidez, que segundo ela, foi mais esperada pelo pai, todavia, ao passo que se sentiu preocupada, se sentiu aliviada, pois: “talvez, com a chegada do novo bebê, ele tire o foco de Ana. Eu só rezo para que venha com saúde” (sic - mãe). Ambos iniciaram o processo terapêutico.

Diante da chegada de um novo membro na família, novas orientações foram feitas aos pais e trabalhadas com a criança a respeito da chegada de um novo bebê e o quanto que o fortalecimento de Ana neste momento seria imprescindível. Inserir Ana neste ambiente, dialogar sobre a chegada do bebê, compreender seus sentimentos, medos e ansiedades assim como, incluir a criança nos cuidados do bebê e fazê-la participar de todo processo de forma ativa são maneiras de deixar evidente a importância dela na família. Segundo a mãe, ela está fazendo isso e pretende sempre deixar Ana participando, considerando que esta é uma preocupação dela também e contou que caso o bebê seja uma menina, Ana já escolheu o nome. A mãe informou que existem 85% de chance de ser uma menina e que o pai logo que soube falou “é, se for mesmo menina, tomara que não venha como essa daí” (sic).

Diante das intervenções realizadas foram observados muitos avanços que Ana obteve no processo terapêutico. A cada sessão pude perceber e reforçar os avanços por menores que fossem. Tudo foi muito gratificante. No ambiente escolar ela apresentou mudanças tanto na interação social quanto na realização das atividades propostas pelas professoras, bem como o comportamento, a linguagem que, segundo a mãe, no primeiro semestre as professoras se preocupavam muito por ela não falar, hoje, contam que ela já conversa bastante, já sabe escrever o nome, começou a aprender o alfabeto, reconhece cores, formas, tamanhos e está muito colaborativa.

Na família e entre amigos também todos conseguem perceber os avanços de Ana no tocante às interações, linguagem, coordenação motora fina, alimentação, comportamento, principalmente quando sai. Antes, ela não fazia amiguinhos nos lugares que ia, necessitando que essa mediação sempre fosse feita pela mãe e hoje, ela já mais habilidosa socialmente, se apresenta, pergunta o nome dos coleguinhas e brinca bastante. O que indica que os níveis de autoconfiança e autoestima estão avançando.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha escolha para a realização do estágio na clínica com crianças e adolescentes ressignificou muita coisa na minha vida. De início estava atravessada por medo, ansiedade e muitas expectativas (realistas). Também, foi o meu primeiro contato direto com a orientadora que era alguém que eu só escutava falar, mas nunca havia me aproximado. O medo e a ansiedade estavam associados, por ser minha primeira experiência e pelo que escutamos nos corredores sobre a prática, que é muito difícil, é trabalho dobrado e precisa de muita paciência. Apesar disso, insisti no meu desejo e hoje estou aqui para falar sobre o meu percurso na clínica infantil.

O início do estágio foi marcado por leituras e discussões em supervisão com a finalidade de nos proporcionar uma maior segurança no momento em que os atendimentos começassem. A partir dessas discussões foi possível aprender que na prática adquirimos o que vai para além da teoria, aprendemos a olhar o outro de maneira única e singular desde a escolha das técnicas até a forma de nos dirigirmos a eles e neste processo, aprendemos o valor do vínculo e como ele é construído e aprendemos também o quanto ele está ligado ao engajamento e, conseqüentemente aos ganhos terapêuticos.

O cuidado e reconhecimento da supervisora também me deu muito mais segurança e me fez perceber cada vez mais o quanto eu estava amadurecendo e avançando. Cada ligação após os atendimentos, mensagens e trocas foram muito significativas para mim e só fortaleceu o meu compromisso ético e social para com o outro. O que falar do meu primeiro atendimento? Estava ansiosa e ao mesmo tempo querendo muito que chegasse a hora. Neste dia, em especial, lembro-me da preocupação da supervisora e do meu parceiro de estágio, ambos, me encorajando e mostrando o quanto eu era capaz. Sobrevivi. Atendi e logo após avisei-os que deu tudo certo e eu estava muito bem. Para o meu trio de estágio, e em especial a minha orientadora, dedico a música de Vinicius de Moraes – “Eu agradeço”.

Ter a experiência de atender o público infantil, realmente, como diziam, foi muito difícil, principalmente porque não atendemos só a criança. Por outro lado, a partir dessa experiência não aprendi só o que é TCC para crianças e adolescentes e técnicas adequadas, com o apoio da supervisora, tive a oportunidade de me observar, fazer uma autoavaliação durante todo processo e perceber os efeitos da minha prática no outro. Aprendi também a ter mais paciência, a controlar a minha ansiedade e insegurança a respeito da evolução da criança

e ao olhar pessimista do pai. Para isto, a terapia individual foi muito importante, por ser o lugar onde eu poderia trabalhar esses sentimentos e começar a enxergar o processo a partir de outra ótica.

Atender Ana foi um presente desafiador. Foi o meu primeiro caso e até então com a maior quantidade de sessões. Com ela, desde o início tive uma boa relação terapêutica e o que aprendi neste encontro valeu a pena todo esforço e dedicação. Durante as sessões iniciais senti dificuldade pela questão da fala de Ana ser parcialmente incompreensível, contudo, com o passar de algumas sessões fomos criando alternativas para esta questão, a fim de contribuir com o desempenho e melhora neste sentido. O processo de engajamento da mesma foi surpreendente, mesmo tão pequena conseguiu participar e se envolver bastante no acompanhamento psicológico tendo ganhos significativos.

Com o passar do tempo fui me percebendo mais enquanto terapeuta e no momento em que a orientadora passou a me dar mais autonomia comecei a elaborar as sessões a partir das minhas percepções referentes ao caso. Fiquei muito feliz, pois, dizia de um reconhecimento por parte dela e do meu modo de desenvolver o trabalho, ocasionando a melhora do meu desempenho. Na prática, tive a certeza da minha escolha não só de estágio, mas também, de profissão, por conseguir enxergar os efeitos e impactos da nossa atuação no processo de orientar e auxiliar no desenvolvimento e autonomia do outro.

Para trabalhar com crianças, de um modo geral, se faz importante lembrar que existem as sessões que elas querem fazer tudo e outras nem tanto. Ana, por exemplo, é uma criança muito participativa, contudo, em algumas sessões estava mais afastada ou simplesmente não queria realizar a maioria das atividades propostas. Logo, outras sugestões eram feitas, a fim de envolver Ana no processo. Quando ela não queria fazer nada, as frustrações e angústias eram quase inevitáveis, contudo, nas supervisões as mesmas eram trabalhadas e discutidas com o propósito de me acalmar e me fazer perceber que nem tudo acontece no nosso tempo e que cada processo ocorre em momentos diferentes para cada indivíduo.

A experiência de um modo geral me fez crescer e até redescobrir o meu lado criativo, já que, para trabalhar com crianças é necessária muita criatividade. Inúmeras atividades foram desenvolvidas, histórias foram contadas através de fantoches, circuitos foram elaborados com o objetivo de sempre conduzir o paciente ao avanço e potencializar suas habilidades. Com relação a isso me sinto recompensada, pois, perceber os avanços de Ana a cada sessão e

escutar a sua mãe relatar com tanta felicidade as conquistas da criança, não tem preço. Saber que eu fui parte disso me alegra ainda mais e mesmo com a dificuldade do pai de enxergar esses avanços, o que eu enxerguei foi único e especial, foi uma vitória, melhor dizendo, vitórias.

Para concluir, o estágio me proporcionou um amadurecimento que reverberou tanto no âmbito pessoal quanto no profissional e sem a ajuda da minha supervisora e do meu parceiro de estágio esta experiência não seria a mesma. O estágio também me fez pensar em um modo diferente de fazer clínica, percebendo o indivíduo para além do seu diagnóstico ou doença, investigando todas as relações que permeiam esse sujeito e o contexto no qual ele está inserido, para assim, pensarmos no modo de atuação sobre as demandas que nos foram trazidas.

Finalmente, agradeço imensamente por todo apoio durante essa jornada, que não foi fácil para nenhum de nós, mas, aqui estamos. Sem mais delongas, a tudo que aprendi sobre a TCC com crianças e adolescentes, sobre ser uma futura psicóloga, sobre compromisso ético e sobre respeitar os limites do outro: gratidão. Que seja o fechamento de um ciclo para o início de muitos outros.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Sara et al. Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita: influência dos determinantes da criança. **Rev Psiq Clín**, Coimbra, v. 39, n. 4, p.136-141, 2012.
- ALMEIDA-VERDU, Ana Claudia Moreira et al. Apraxia e produção da fala: Efeitos do fortalecimento de relações verbais. **Cefac**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.974-983, jun. 2015.
- ARAÚJO, Cristiane Figueiredo; SHINOHARA, Helene. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. **Interação em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.37-43, jun. 2002.
- BASSOLS, Ana Margareth Siqueira et al. A criança pré-escolar. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 9, p. 255.
- BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em Desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 568 p.
- BECK, J. **Terapia Cognitivo- Comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 2ª Ed.
- BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Aprendizagem por observação: perspectivas teóricas e contribuições para o planejamento instrucional - uma revisão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 1, n. 2, jul. 1981.
- BUARQUE, Chico. Massarandupió. In: BUARQUE, Chico. **Caravanas**. Rio de Janeiro: Biscoito Fino, 2017.
- CABALLO, Vicente E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos Editora, 2003.
- CARVALHO, Renato Gil Gomes. Isolamento social nas crianças: propostas de intervenção cognitivo-comportamental. **Revista Iberoamericana de Educación**, Portugal, v. 40, n. 3, out. 2006.
- CATANIA, A. Charles. **Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. **Paidéia**, São Paulo, v. 41, n. 18, p.517-530, 2008.
- DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Distrito Federal, v. 36, n. 17, p.21-32, 2007.
- DOBSON, Keith S.; SCHERRER, Martin C. História e futuro das terapias cognitivo-comportamental. In: KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 2. p. 42-57.
- FRIEDBERG, Robert D.; MCCLURE, Jessica M.. **A prática clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 272 p.

FRIEDBERG, Robert D.; MCCLURE, Jessica M.; GARCIA, Jolene Hillwig. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 312 p.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christine A. **A mente vencendo o humor**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GUILHARDI, Hélio José. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: BRANDÃO, Maria Zilah da Silva et al. **Comportamento Humano: Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor**. Santo André: Editora Esetec, 2002. p. 63-98.

ISOLAN, Luciano; MALTZ, Sandra; MANFRO, Gisele Gus. A criança de 0 a 3 anos. In: EIZIRIK, Claudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva Psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 8, p. 255.

KNAPP, Paulo. Princípios Fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, Paulo et al., **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 1. p. 19-41.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, p.54-64, 2008.

LOOS, Helga; CASSEMIRO, Lígia Fernanda Keske. Percepções sobre a qualidade da interação familiar e crenças autorreferenciadas em crianças. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 3, p.293-303, set. 2010.

MOREIRA, Márcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto de. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

MOTA, Denise M.; BARROS, Aluisio J. D.. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p.9-17, 2008.

MOUSINHO, Renata et al. Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem: Dificuldades que podem surgir neste percurso. **Psicopedagogia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 25, p.297-306, 2008.

OKUDA, Paola Matiko Martins et al. Coordenação motora fina de escolares com dislexia e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Cefac**, São Paulo, v. 13, n. 5, p.876-855, out. 2011.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.1-9, set. 2016.

SILVA, Nancy Capretz Batista da et al. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.214-229, 2008.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência do Comportamento Humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SOUZA, Thaís Nobre Uchôa; PAYÃO, Luzia Miscow da Cruz. Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, Maceió, v. 13, n. 2, p.193-202, 2008.

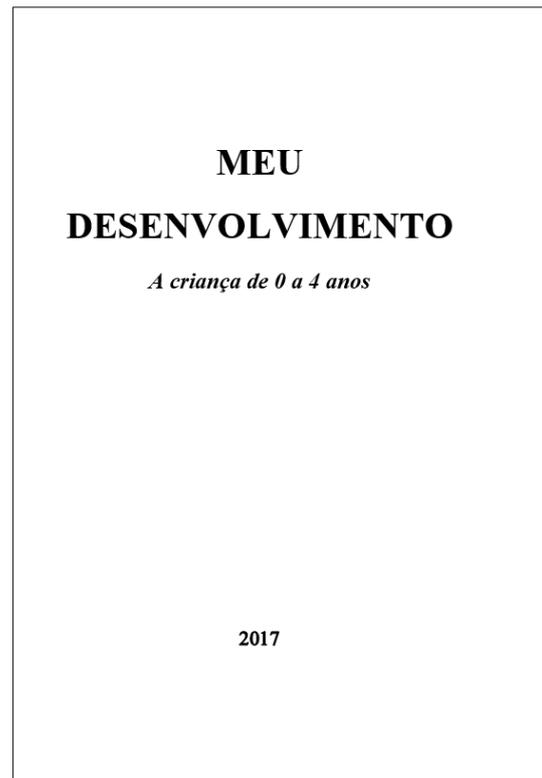
SOUZA, Thaís Nobre Uchôa; PAYÃO, Luzia Miscow da Cruz; COSTA, Ranilde Cristiane Cavalcante. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, Alagoas, v. 21, n. 1, p.75-80, mar. 2009.

STALLARD, Paul. **Guia do terapeuta para os Bons Pensamentos - Bons Sentimentos**: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2007. 212 p.

UNICEF. **Desenvolvimento Infantil**: Desenvolvimento Infantil. 2013. Disponível em: <<https://grupomaocriativa.wordpress.com/2014/09/21/cartilha-da-unicef-sobre-o-desenvolvimento-infantil-da-crianca-1-a-6-anos/>>. Acesso em: 03 set. 2017.

XIMENES, Sergio. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES



▪ A criança de 0 a 3 anos

Desde muito cedo, o bebê pode se comunicar de diversas maneiras e pode acompanhar com o olhar objetos desde o primeiro dia de vida. Ele observa os estímulos apresentados, como por exemplo, formas, reconhece a voz dos pais e vira a cabeça em direção a elas e em sua grande maioria consegue durante os quatro meses de vida, seguir com os olhos um alvo específico.

O contato entre a mãe e o bebê é muito importante desde os primeiros momentos, pois, prepara a criança para um bom desenvolvimento e auxilia a criança superar a perda da experiência de estar no útero materno.

A capacidade motora do recém-nascido mais conhecida é a do tipo reflexo.

Entre o terceiro e o quarto mês, muitas mudanças ocorrem na mente e no corpo do bebê, que já reconhece a mãe.

A partir do quarto e sexto mês, o bebê já é capaz de sentar e muda sua relação com os objetos que o rodeiam. É capaz de pegar objetos e levá-los à boca.

Por volta dos seis meses de idade, ocorrem algumas transformações que podem afetar os ciclos de sono e vigília (estabilizando-os); os padrões motores são mais maduros, assim como, os padrões de visão são expandidos, possibilitando novas habilidades de interação.

É possível que no oitavo mês o bebê tenha um progresso significativo em autocontrole e fortalece sua relação com os cuidadores principais.

- ✓ Recém-nascidos apresentam características individuais em seu comportamento, como por exemplo: irritabilidade, intensidade da atividade motora, sucção, entre outras.
- ✓ Para alguns autores, o desenvolvimento do bebê, não ocorre de forma linear.

A criança de 1 a 3 anos é "ousada", aventureira, ativa e curiosa. E ainda é o bebê que gosta de carinho e afeto.

O segundo e terceiro anos são marcados pelo desenvolvimento motor e intelectual. A capacidade de caminhar sem ajuda é um marco para este período que se desenvolve e se consolida entre os 18 e 30 meses. Todavia, a criança pode ainda não ser responsável por si mesma e estar longe de ser independente. Existem diferenças entre crianças de 2 e 3 anos no desenvolvimento psicomotor. As crianças de 2 anos manipulam cubos e as de 3 anos, já são capazes de empilhá-los.

- ✓ Nesta fase a criança consegue aprender por meio da exploração do ambiente, curiosidade, imitação e imaginação.
- ✓ Quanto mais a criança é estimulada a falar, se movimentar e descobrir o mundo, maior será o seu desenvolvimento cerebral e da coordenação motora fina dos seus movimentos.
- ✓ Já pode andar e abaixar sem cair.
- ✓ Começa a identificar as partes do seu corpo e a falar o seu nome.

BRINCAR É A PRINCIPAL ATIVIDADE DA VIDA DA CRIANÇA!

- O papel da família é acompanhar o que a criança está fazendo e ensinar sem violência e com cuidado o que ela já consegue e não consegue fazer, sempre explicando as razões e esperando o momento em que a esteja pronta para assim, estimulá-la dando sempre o apoio necessário.

Aos três anos, a criança já sabe fazer xixi e cocô sozinha, porém, precisa de ajuda para se limpar. A família deve estar atenta a perguntar para a criança se ela deseja ir ao banheiro e reforçá-la quando avisar e quando não der tempo, evitar ridicularizar, bater ou repreender a criança.

O desenvolvimento linguístico da criança aos dois anos já apresenta um repertório com cerca de 200 palavras e, ao final do segundo ano e início do terceiro, já pode utilizar frases curtas.

Em geral, uma criança com três anos é capaz de contar uma história simples e as noções de “esquerda” e “direita”, não são compreendidas antes dos cinco anos.

- Nesta idade, as crianças gostam de rabiscar e de participar das atividades de adultos.



Junto à família, a criança consegue aprender noções de tamanho, cor, peso, quantidade e lugar e frequentemente a criança sente medos e não sabe explicá-los.

Por volta dos 18 meses, a criança fica mais inibida diante de outras crianças, porém, aos 2 anos, esse comportamento começa a desaparecer, e aos 3 anos ela já tem a capacidade de se engajar em brincadeiras e usa outras crianças como modelo. Por vezes, imita comportamentos. A imitação é um fenômeno universal do amadurecimento e é a partir da imitação que ela consegue internalizar os processos de identificação. Elas podem usar da imitação para promover interação social e para destacar semelhanças com outras pessoas.

Neste período também, é provável que a criança se interesse por violações de regras adultas e eventos que promovam desaprovação. E é aí que se inicia o seu senso moral de certo ou errado.

- ✓ A criança deve ser encorajada a finalizar as tarefas que começar, não desistir com facilidade e iniciar tarefas novas, pois, isso facilita seu processo de aprendizagem.
- ✓ Ela ainda não tem formada a noção de tempo, por isso, às vezes fala: "amanhã eu fui", "ontem eu vou".
- ✓ É necessário ouvir e responder as perguntas de forma clara e simples para que ela possa entender.

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR...

- ✓ O brincar possibilita a criança conviver e respeitar outras pessoas;
- ✓ Seguir regras;
- ✓ Dividir brinquedos;
- ✓ Expressar sentimentos;
- ✓ Desenvolver habilidades orais e motoras.



▪ A criança de 4 anos

A criança de 4 anos começa a opinar sobre os cortes de cabelo e qual roupa quer usar. Já consegue ficar na ponta do pé e sobe e desce escadas alternando os pés. Se mostra independente nas rotinas da vida doméstica, coopera com outras crianças, realiza pequenas metas e é capaz de lavar e secar o rosto.

O que ela gosta de fazer?

- A criança nessa idade gosta de falar;
- Brincar de faz-de-conta, inventa histórias e personagens;
- Desenha,
- Gosta de agradar, brincar com adultos e ser elogiada por eles;
- Mostra que tem vontade e opinião própria;
- Diz o que quer e o que não quer fazer e sabe fazer escolhas.



- ✓ A criança nesta fase se comunica usando frases completas para dizer o que sente e o que quer;
- ✓ É muito criativa;
- ✓ Tem mais domínio sobre suas ações e movimentos;
- ✓ Permanece por mais tempo brincando com atividades que exigem atenção, como por exemplo: colagens, recorte e encaixe de pequenas peças.
- ✓ Já conseguem pegar no lápis de forma correta e desenhar formas que se parecem com sol, bonecos e casas.

A criança aprende observando e participando das atividades com adultos e com outras crianças. É de fundamental importância que os adultos tenham paciência e sejam capazes de perguntá-las sua opinião e considerá-las sempre que possível.

**A CRIANÇA APRENDE E SE DESENVOLVE
OBSERVANDO ATÉ CONSEGUIR FAZER
SOZINHA!**



Neste período a criança é influenciada pelo que as outras crianças pensam dela. Deste modo, é de fundamental importância que a família e os outros cuidadores elevem sua autoestima. Assim, será mais confiante e será capaz de enfrentar os desafios que encontrar.

- Elas precisam participar da vida familiar;
- Gostam quando os adultos pedem sua opinião ou solicitam sua ajuda na realização de alguma tarefa;
- A família deve valorizar o que a criança faz por menor que seja e encorajar a sua colaboração.

É com a família que a criança aprende a valorizar e respeitar costumes, hábitos e a forma de ser das outras pessoas.

Com 4 anos, é importante que a criança esteja na pré-escola, pois, lá ela terá a oportunidade de:

- ✓ Conviver com outras crianças;
- ✓ Construir a personalidade individual e coletiva;
- ✓ Ter novos conhecimentos;
- ✓ Conhecer, aprender e respeitar regras em espaços coletivos;
- ✓ Aprender a dividir;
- ✓ Receber estímulos em aspectos cognitivos, neuromotor e psicossocial.

Nesta fase, a criança precisa de espaços onde possa brincar e se movimentar com segurança. A aquisição da coordenação motora vem acompanhada de diversas habilidades, a saber: escrita, desenho e manipulação de objetos. Ela já pode usar talheres, tesouras (sem ponta), escova de dente, pular corda, dançar, correr, jogar bola, entre outras.

**TODA CRIANÇA
É CURIOSA!**

Para conhecer seu corpo, as crianças fazem muitas perguntas, por exemplo: "Por que meninos e meninas são diferentes?" Neste sentido, os cuidadores devem responder de forma simples, clara e sem mentiras. É possível que elas tenham necessidade de tocar as partes do seu corpo, inclusive, os genitais, sem malícia ou maldade e também buscam entender como é o corpo de outras pessoas. Por vezes, pode ser difícil para os pais ou cuidadores responderem essas perguntas, mas, é de fundamental importância que de algum modo elas sejam respondidas. Não deve ser considerado um transtorno ou distúrbio de comportamento, pelo fato de que se configura num processo natural.



REFERÊNCIAS

ISOLAN, Luciano; MALTZ, Sandra; MANFRO, Gisele Gus. A criança de 0 a 3 anos. In: EIZIRIK, Claudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva Psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 8, p. 255.

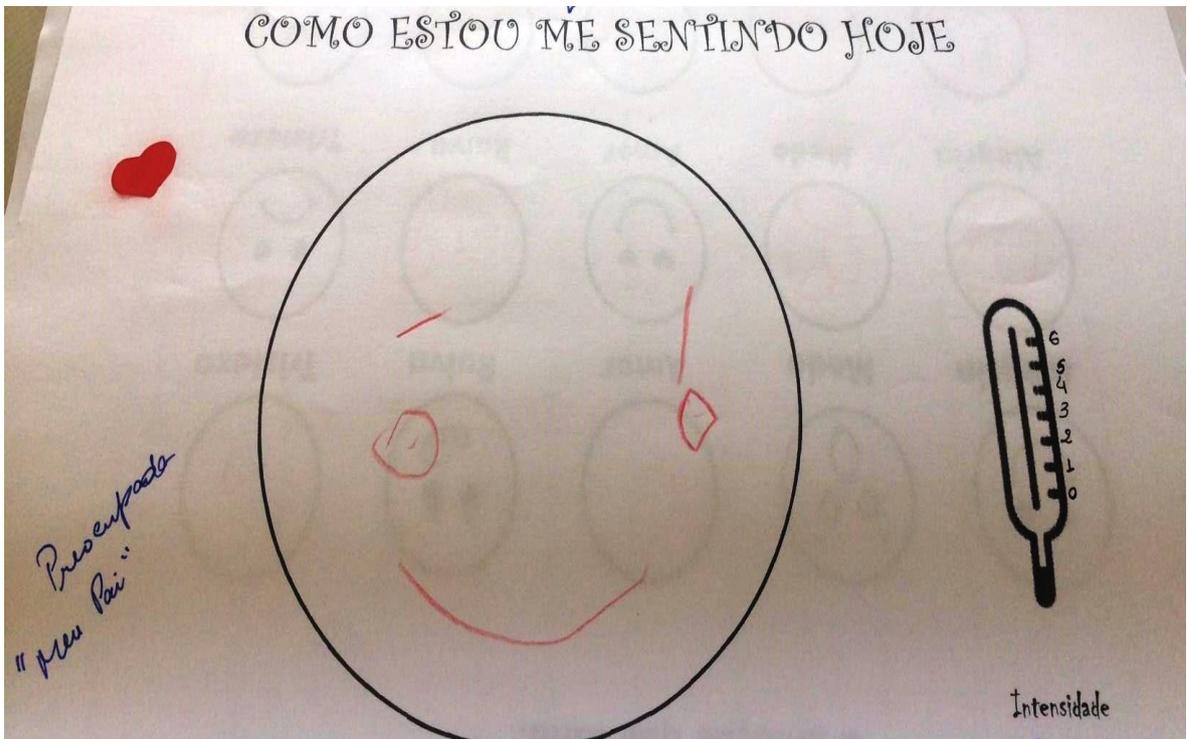
BASSOLS, Ana Margareth Siqueira et al. A criança pré-escolar. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 9, p. 255.

UNICEF. **Desenvolvimento Infantil**: Desenvolvimento Infantil. 2013. Disponível em: <<https://grupomaocriativa.wordpress.com/2014/09/21/cartilha-da-unicef-sobre-o-desenvolvimento-infantil-da-crianca-1-a-6-anos/>>. Acesso em: 03 set. 2017.

APÊNDICE A

Cartilha Informativa sobre desenvolvimento infantil na primeira infância.

ANEXOS



ANEXO I

Rostos de sentimentos utilizados e um desenhado por Ana durante uma das nossas sessões.

Investigador de relações 

Situação	Pai	Mãe
Com quem você mais gosta de brincar?		
Quem mais te ensina às tarefas de casa?		X
Com quem mais gosta de ficar?	X	
Quem briga mais com você?		X
Quem é mais calmo com você?	X	
Quem mais te bate?	X	X
Quem mais te faz carinho?	X	
Com quem você dorme?		X
Quem mais fala alto com você?	X	X Hoje eu não dei
De quem você mais gosta?		X
Quem mais te coloca de castigo?		X
O que você sente por mamãe?		X
E por papai?		X

ANEXO II

Investigador de relações.

Sentenças Incompletas

* Quando papai briga eu fico triste.

Gosto mais de ficar com mamãe por quê? porque gosto de minha mãe.

Gosto mais de brincar com mamãe.

Na escola gosto de ficar na [REDACTED].

* Quando mamãe briga eu fico zangada.

Não gosto de almoçar por que não gosto de comida. eca!

Na casa da vovó eu faço não entendi.

Fico de castigo por que vovó bate. Mamãe chorou, papai brigou com [REDACTED].

Gosto mais da cor roxa [REDACTED].

Fico feliz quando porque gosto de rosa.

Sinto raiva quando meu irmão pega minhas coisas.

ANEXO III

Fragmentos de Sentença Incompleta.



ANEXO IV

Pinturas feitas por Ana para a mãe e para o pai, com a finalidade de trabalharmos a coordenação motora fina.

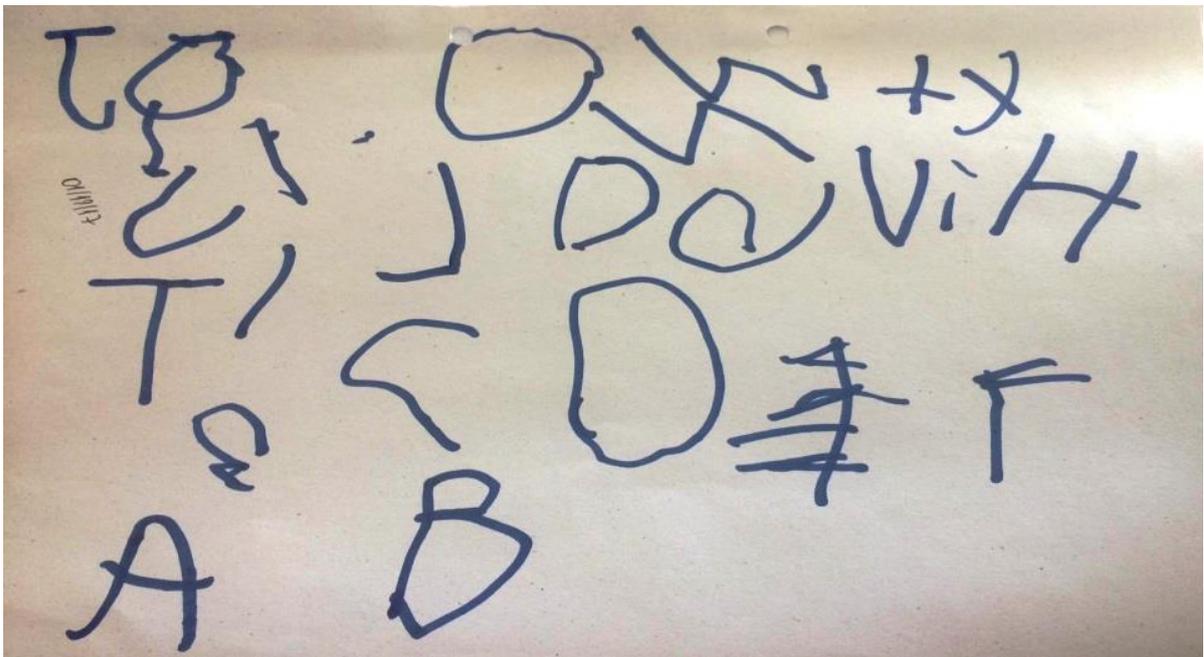
**ANEXO V**

Atividade de colagem com a finalidade de auxiliar a coordenação motora fina.



ANEXO VI

Quebra-cabeça de 48 peças, utilizado para trabalhar a atenção e coordenação motora.

**ANEXO VII**

Evolução da coordenação motora fina de Ana.