



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

PSEUDARTROSE CONGÊNITA DA  
TIBIA, UMA REPRESENTAÇÃO DE SI:  
ANÁLISE DE TRÊS ESTUDOS DE  
CASO

VÂNIA MARINA DOS SANTOS FERNANDES

Orientador de Dissertação:  
PROF. DR. EMILIO SALGUEIRO

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROF. DR. EMILIO SALGUEIRO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do  
grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Emílio Salgueiro, pelo seu apoio, partilha de conhecimento e sugestões que em tantos momentos me ajudou a encontrar o caminho certo no decorrer deste trabalho.

À Dra. Cecília Galvão de Azevedo, pelo seu apoio, sugestões e partilha de experiência, que se tornaram indispensáveis para uma melhor compreensão da dinâmica desta investigação.

À equipa médica do Serviço de Ortopedia do Hospital D. Estefânia, pela experiência e conhecimento partilhados. De entre a equipa técnica, gostaria de destacar o meu especial agradecimento ao Dr. Delfim Tavares e ao Dr. Francisco Santana, pela amabilidade com que se dispuseram no esclarecimento de dúvidas que em tanto contribuíram para uma melhor compreensão desta patologia e ao Dr. Cassiano Neves, director do Serviço de Ortopedia, por me ter permitido realizar o estudo com crianças acompanhadas no serviço que dirige.

Ao Professor Doutor Jaime Coelho, pelo interesse demonstrado e pela partilha do seu conhecimento, que em muito contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Emília Marques, pela sua orientação no delineamento de uma estratégia de avaliação, contribuindo para uma análise mais elucidativa e coerente deste estudo.

Aos meus pais e à minha irmã, por todo o afecto e encorajamento constantes, ao longo desta caminhada.

À minha amiga Diana, pelas longas conversas de incentivo e amizade inesgotáveis, que fizeram sempre com que os problemas parecessem menos difíceis.

À minha amiga Visanee, pela paciência, confiança transmitida e pelo bom humor constantes.

Por fim, gostaria de agradecer aos pais e às crianças, o interesse e a prontidão com que se disponibilizaram, para participar neste estudo, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

## Resumo

Este trabalho, tem como objectivo analisar a Representação de Si, em sujeitos diagnosticados com Pseudartrose Congénita da Tíbia.

A amostra é constituída por três sujeitos, uma criança de 5 anos de idade, do género masculino, e por duas pré - adolescentes, do género feminino, com 10 e 13 anos de idade respectivamente, diagnosticadas com Pseudartrose Congénita da Tíbia. Como método de avaliação utilizou-se: uma entrevista semi-estruturada de cariz anamnésico, as Matrizes Progressivas de Raven (2001), Desenho Livre, Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough (1981), Desenho da Família Imaginária de Louis Corman (1967) e o teste projectivo de Rorschach.

Verificou-se uma tendência nos três sujeitos, para a projecção de uma Representação de Si pouco positiva, revelando uma Imagem de Corporal sentida como desvalorizada e danificada.

A Dimensão Relacional, ou seja, a forma como o sujeito se posiciona face ao outro, surge condicionada por um sentimento de ameaça e de dano.

Observou-se ainda, dificuldades ao nível do desenvolvimento, do processo de Separação-Individuação.

**Palavras-chave:** Pseudartrose Congénita da Tíbia; Representação de Si; Imagem Corporal

## **Abstract**

The present study investigated the impact of Congenital Pseudarthrosis of Tibia, in Self Representation.

The study sample was composed by three individuals, a child with 5 years of age, and two (pré-adolescents) with 10 and 13 years of age, diagnosed with Congenital Pseudarthrosis of Tibia. The tests chosen to be used in the study were: an Anamnestic Interview; The Raven Progressive Matrices (2001); Free Drawing, Harris-Goodenough Draw-a-Human-Test (1981); Louis Corman Imaginary Family draw (1967) and the Rorschach technique.

It has been observed, that the three individuals, have a propensity, to project a negative Self Representation, revealing an undervaluate and damaged Body Image.

The Relational Dimension, had been showed conditioned by a feeling of threathning and injuring toward the others.

It has also been observed, some difficulties at the development process, of Separation Individuation.

**Key-Words:** Congenital Pseudarthrosis of Tibia; Self Representation; Body Image

## Índice

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	2
I- Dimensão Médica.....	2
1- Doença Crónica.....	2
2- Doenças Raras.....	3
3- Pseudartrose Congénita da Tíbia.....	3
3.1- Etiologia e incidência.....	3
3.2 - Caracterização.....	3
3.3 - Técnicas de tratamento.....	4
3.4 - Problemas frequentemente associados aos tratamentos.....	5
II- Dimensão Psicológica.....	5
4- Representação de Si/Self.....	5
5- Narcisismo.....	8
6- Imagem Corporal.....	10
7- Relação dos pais com a criança doente.....	13
8- Dimensão Relacional da criança com doença crónica.....	14
9- A criança com doença crónica.....	16
10- A vivencia da doença crónica de acordo com diferentes faixas etárias.....	17
Método.....	20
Caracterização da amostra.....	20
Procedimento.....	20
Instrumentos.....	22
Matrizes Progressivas de Raven.....	22
Desenho Livre.....	22
Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough.....	22
Desenho da Família Imaginária de Louis Corman.....	23
Teste de Rorschach.....	24

Estudo de Caso - Miguel.....	26
Dados Anamnésicos.....	26
Síntese de observação da primeira sessão.....	27
Matrizes Progressivas de Raven.....	27
Desenho Livre.....	28
Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough.....	28
Desenho da Família Imaginária de Louis Corman.....	29
Síntese de observação da segunda sessão.....	30
Análise do Protocolo de Rorschach.....	30
Síntese da análise do protocolo de Rorschach.....	32
Síntese Geral.....	33
Estudo de Caso - Sara.....	34
Dados Anamnésicos.....	34
Síntese da primeira Observação.....	35
Matrizes Progressivas de Raven.....	36
Desenho Livre.....	36
Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough .....	36
Síntese de Observação da segunda sessão.....	38
Análise do Protocolo de Rorschach.....	39
Síntese da análise do protocolo de Rorschach.....	41
Síntese Geral.....	42
Estudos de Caso - Susana.....	44
Dados Anamnésicos.....	44
Síntese de Observação da primeira sessão.....	45
Matrizes Progressivas de Raven.....	46
Desenho Livre.....	46
Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough.....	46
Síntese de observação da segunda sessão.....	47
Análise do Protocolo de Rorschach.....	47
Síntese da análise do protocolo de Rorschach.....	50
Síntese Geral.....	50

Discussão dos Resultados.....	52
Limitações do estudo.....	57
Proposta Terapeutica.....	58
Conclusão.....	60
Referencias bibliográficas.....	61
Anexos.....	67
Anexo A: Carta de Consentimento Informado.....	68
Anexo B: Estudo de Caso do Miguel - Avaliação Psicológica.....	70
Anexo C: Estudo de Caso da Sara - Avaliação Psicológica.....	88
Anexo D: Estudo de Caso da Susana - Avaliação Psicológica.....	108
Anexo E: Entrevista Anamnésica.....	124

## Introdução

A Representação de Si, e o seu nível de expressão, são função das condições do desenvolvimento libidinal, do nível de relação com o objecto, das necessidades, dos receios e da maneira como as imagens parentais são vivenciadas (Traubenberg, 1984/ 1999).

A Pseudartrose Congénita da Tíbia, é uma doença rara, com implicações ao nível da locomoção motora, ao nível estético, com sucessivos internamentos hospitalares, situações de dor aguda e escassos recursos eficazes no seu tratamento. Assim, esta patologia reúne uma série de condições, que nos parecem susceptíveis de abalar os factores atrás mencionados, que contribuem para uma Representação de Si favorável.

Deste modo, o objectivo deste trabalho prende-se com a avaliação dos aspectos projectados pelo sujeito, que traduzem a qualidade das relações de objecto interiorizadas, nomeadamente ao nível dos seus investimentos narcísicos. Como tal, considera-se que a forma como o sujeito irá projectar a sua Imagem Corporal, constitui um indício do seu desenvolvimento emocional. Assim, a utilização do Desenho, como método projectivo, torna-se um instrumento útil para esta análise, sendo o Rorschach, um instrumento que possibilita uma compreensão mais profunda dos aspectos que se observam na representação gráfica, mas também do posicionamento face ao outro, na relação. A família, é também, um factor determinante no desenvolvimento da Representação de Si. Deste modo, a forma como o sujeito a concebe, ao nível gráfico, através do Teste do Desenho da Família de Louis Corman, torna-se um dado complementar bastante útil.

Desta forma, o presente trabalho procura abordar na revisão teórica: o esclarecimento da Dimensão Médica da Pseudartrose Congénita da Tíbia, posteriormente incide-se na Perspectiva Psicológica, em que se procura esclarecer o conceito de Self/Representação de Si, assim como os factores que o determinam, nomeadamente, o Narcisismo e a Imagem Corporal. Esta secção, termina com a exposição da maneira forma como a doença crónica poderá influir ao nível das relações dos pais com as crianças, na própria criança. Na segunda parte, é descrito o método utilizado, no qual se inclui a caracterização da amostra e instrumentos utilizados. Na terceira parte, são expostos os resultados obtidos nos três estudos de caso. Por fim, discutem-se os resultados obtidos neste estudo, seguido de uma conclusão.

## Revisão de literatura

### I - Dimensão Médica

#### 1- Doença crónica

De um modo geral, consideram-se doenças crónicas todas as doenças prolongadas e irreversíveis. Não existe uma definição médica única e universalmente aceite deste conceito, porque existem grandes diferenças nas etiologias, evoluções e consequências. Algumas acompanham toda a vida do sujeito, sem a encurtarem necessariamente, enquanto outras têm um prognóstico reservado a curto médio prazo; algumas têm uma sintomatologia bastante constante, enquanto outras podem permitir períodos mais ou menos longos de ausência total de sintomas; algumas implicam pequenas alterações na vida quotidiana, enquanto outras implicam grandes limitações na funcionalidade do sujeito e exigem a adesão a tratamentos extremamente perturbadores e incapacitantes (Barros, 2003).

#### 2- Doenças Raras

Designam-se por doenças raras, as afecções que afectam um reduzido número de pessoas quando comparado com a população em geral (Regateiro, 2003). Na União Europeia, uma doença é considerada rara quando afecta uma em cada 2000 pessoas, correspondendo a uma prevalência, na população em geral, de 5:1000. No entanto, esta classificação pode variar consoante o tempo (durante anos, a SIDA foi considerada uma doença extremamente rara), ou depender da região considerada (uma doença pode ser rara numa dada zona e frequente noutra). Também existem doenças que, sendo frequentes, apresentam variantes raras (<http://www.orphanet.com>).

Nem todas as doenças raras têm origem genética. Existem outras doenças, de origem infecciosa, imunológicas muito raras. Aliás, para a grande maioria das doenças raras, a causa permanece desconhecida (<http://www.orphanet.com>).

De acordo com Barros (2003) as doenças mais raras colocam dificuldades acrescidas devido à falta de recursos, de modelos, de técnicos especializados, de informação disponível. Em Portugal, com uma população restrita, este problema é agudamente sentido pelos pais de crianças portadoras de um vasto leque de doenças que, noutros países, são atendidas em

serviços e associações especializadas, mas que entre nós são quase casos únicos. Este isolamento também restringe imensamente o grau de opção e de autonomia na escolha dos técnicos e dos serviços de saúde e de educação. Ao contrário, uma doença que, mesmo sendo bastante limitativa, é relativamente comum (por ex. diabetes, asma), permitindo que a escola e a comunidade tenham desde logo um melhor conhecimento, que os médicos possam apresentar uma experiência vasta e que os doentes ou famílias possam beneficiar de grupos de auto-ajuda, pode ser vivida com maior aceitação.

### 3 - Pseudartrose Congénita da Tíbia

#### 3.1 - Etiologia e Incidência

De acordo com Johnston & Birch (2008), a Pseudartrose Congénita da Tíbia é uma patologia rara, apresentando uma incidência de 1 em 140.000 - 190.000 pacientes.

Hefti et al (2000), referem esta patologia, como sendo extremamente complexa, colocando vários problemas ao nível do tratamento, uma vez que não é frequentemente encontrada na prática clínica.

A Pseudartrose Congénita da Tíbia foi primeiramente descrita na literatura em 1891, por Paget, que expunha um caso de uma criança de 5 meses que havia partido a tíbia e o perónio quando se encontrava no colo da sua mãe, sendo que, a força que esta exercera, teria sido quase nula. Apresentava uma forma angular no terceiro terço distal e após sucessivos tratamentos, a fractura voltava a ocorrer (Hefti et al., 2000).

A designação “Pseudartrose Congénita” é posta em causa, uma vez que existe uma pequena minoria em que a patologia está presente no nascimento. Alguns autores, propuseram o termo “infantil”, em vez de “congénito”, contudo, devido à generalização do termo na literatura, esta continua a designar-se por “Congénita” (Hefti et al., 2000).

#### 3.2 - Caracterização

De acordo com Mahnken et al. (2001), a PCT é caracterizada por um segmento fraco do osso, resultando num desvio angular antelateral do mesmo. A displasia óssea, (anormalidade no crescimento do osso associada a esta patologia) impede a união da tíbia e, devido à curvatura da mesma e ao reduzido crescimento da epífese (extremidade de um osso

longo que contém medula vermelha) da parte distal da tíbia, o crescimento da perna é comprometido.

Do lado da Pseudartrose, é usualmente encontrado um circundante e espesso periosteio e um tecido fibroso abundante, sendo que a presença deste tecido abundante interfere numa boa produção e formação de calo. Considera-se que a espessa banda aderente, do tecido fibroso constringe o osso, diminuindo o fornecimento de sangue e causa uma atrofia dos ossos devido à pressão exercida. Na altura do nascimento, a curvatura da tíbia é o único sinal da doença. Mais tarde, devido à fragilidade do osso já referida, dá-se a fractura do mesmo (Hefti et al, 2000).

Vários estudos, apontam para uma associação comum da Neurofibromatose e Displasia à Pseudartrose, sendo o seu aparecimento posterior. É ainda, de assinalar a reduzida mobilidade do tornozelo, presente nestes pacientes (Bongiovanni, 1996; Hefti et al., 2000; Mahnken et al., 2001).

### 3.3 - Técnicas de tratamento

As opções de tratamento da Pseudartrose Congénita da Tíbia, segundo Birch e Johnston (2008) incluem três métodos bem definidos: (1) Ressecção (remoção cirúrgica total ou parcial de um órgão doente ou de uma neoformação patológica) da lesão, com um pequeno enxerto de osso, e estabilização interna com fixação intramedular da tíbia e do peróneo; (2) Fixação externa da tíbia (com o método de Ilizarov), cujo principal objectivo é a consolidação do osso; e (3) transferência microvascular do enxerto do peróneo, normalmente da extremidade contra lateral, do lado da Pseudartrose.

Por sua vez, Bongiovanni et al., (1996) referem como técnica de tratamento, o uso de fixador externo, Ilizarov, com o qual se pretende dar, a consolidação do osso, a correcção da assimetria através do alongamento ósseo, bem como a correcção do desvio angular. Posteriormente, utiliza-se a imobilização com aparelho gessado, durante um período de 6 a 4 semanas, depois de retirado o gesso, utiliza-se uma órtese para protecção da consolidação por um período médio de cerca de 7 a 8 meses.

### 3.4 - Problemas frequentemente associados aos tratamentos

Sendo o uso do aparelho de Ilizarov, uma das técnicas mais frequentemente utilizadas no tratamento desta patologia, importa referir os seus efeitos adversos. De acordo com Bongiovanni et al. (1996), poderá originar edemas, contudo estes são controlados através de repouso e elevação do membro; Infecção superficial dos fios, geralmente associada a falta de higiene, negligência nos curativos, estiramento da pele na região de saída do fio ou perda de sua tensão, provocando uma reacção do tipo corpo estranho, sendo que este é controlado através de antibióticos, e quando necessário retencionam-se os fios e pratica-se a abertura da pele junto à sua emergência.

Importa ainda salientar, a falibilidade destes tratamentos, pois devido à fragilidade do osso, o paciente sofre sucessivas fracturas, sendo recorrente, que a solução seja a amputação, o que normalmente ocorre numa fase mais avançada do desenvolvimento (Bongiovanni et al., 1996).

## II - Dimensão psicológica

### 4 - *Representação de Si / Self*

Klein (1958, citado por Segal 1975), refere que é a partir da internalização da figura materna (introjecção), que a criança vai desenvolver a sua própria representação de *Self*, primeiro a partir de uma representação corpórea, depois através do conjunto de sensações e experiências percebidas como próprias. Ou seja, é através dessa relação objectal primária que a criança adquire um sentido de si mesma, de um *Self* separado e distinto de sua mãe. Esta autora, adopta uma concepção evolutiva da personalidade, descrevendo estágios do desenvolvimento infantil, associados à vivencia de ansiedades básicas, derivadas de fantasias primitivas inconscientes. Ela pressupõe que o ego é, desde o nascimento, capaz de formar relações objectais, na fantasia ou na realidade, impulsionado, seja pelos instintos, seja pela realidade.

Assim, Klein (1958, citado por Segal 1975) entende que o que determinará a personalidade de uma pessoa é a natureza de suas fantasias inconscientes e o modo como estas se relacionam com a realidade externa.

Por sua vez, Winnicott, destaca a influência do ambiente inicial da criança e da qualidade de suas relações primárias no processo de constituição do *Self*. Para este autor, é a relação mãe - bebe (mãe, enquanto figura cuidadora) que torna possível a formação do *Self* (Guanes et al., 2003). Assim, rosto da mãe é conceptualizado, como sendo o primeiro espelho da criança, pelo que o considera essencialmente dialógico, ou seja, o *Self* existe apenas devido a um diálogo interminável com o outro, sendo considerado o herdeiro do diálogo que o sujeito estabeleceu com a mãe. O *Self*, só é passível de se desenvolver na relação, na intersubjectividade com outros *Selves*, alimentando-se e influenciando-se continuamente Winnicott (1967, citado por Wright 1996).

Winnicott, distingue três processos no desenvolvimento infantil normal, que considera relevantes para a formação do *Self*: 1) a integração - percepção do *self* como algo integrado, resultante da capacidade de diferenciação entre eu e não eu. 2) a personalização - desenvolvimento do sentimento que se está dentro do próprio corpo; 3) a realização, quando a criança começa a apreciar o tempo e o espaço, assim como outras propriedades do mundo real. O autor remete por isso, para a importância da qualidade dos cuidados na infância assim como as experiências pulsionais que contribuem para o bom desenvolvimento das etapas referidas (Guanes et al., 2003).

Kohut, integra também no conceito de *Self*, a importância da qualidade das interações precoces. Assim, para Kohut (1971, in Cortesão., 1990), o *Self* é constituído por várias dimensões que se adquirem nas interações com os objectos na relação precoce, e que são experienciados como sendo objectos do *Self*. Na sua designação de objectos de *Self*, descreve duas espécies de objecto: 1) Os *objectos do Self especulares*, que respondem e confirmam o sentido de vigor, grandeza e perfeição da criança. 2) Os *objectos do Self idealizado*, para os quais a criança olha, admira e participa, fundindo-se na sua calma, infalibilidade e onipotência. Deste modo, dá-se a fusão da criança com os objectos do Eu, a criança vivencia os estados emocionais dos objectos do *Self* como se fossem da própria criança.

Kohut, considera por isso, o *Self*, como sendo o constituinte básico do aparelho psíquico, coração da personalidade, um centro de iniciativa e um receptor de impressões. Os primórdios do Eu, dizem respeito às potencialidades inatas do bebé e às expectativas dos pais em relação à criança. (Kohut, 1978)

Stechler & Kaplan (1980), especificam que o desenvolvimento envolve um processo dialéctico por onde a criança é continuamente desafiada por incompatibilidades (por exemplo,

numa falha entre a criança e o cuidador). Quando o desafio é compatível com as capacidades integradas das crianças, esta cria uma nova solução para o problema e o *Self* é fortalecido. Quando a criança não consegue integrar o desafio, o *Self* é enfraquecido. Este processo dialéctico começa desde o nascimento e procede à medida que a criança constrói gradualmente a estrutura do *Self*, consistindo nestas experiências desafiantes que envolvem a estrutura ou a enfraquecem.

Para James (1980, citado por Harter 1996), é possível identificarem-se dois aspectos distintos do *Self*, sendo essa a base do seguinte conceito: o *I* (Eu) está relacionado com a forma como o próprio indivíduo se percepção e também a parte consciente de natureza cognitiva como olha para si próprio; e por outro lado existe o *Me* (Eu), que corresponde ao objecto que está a ser percebido, que apresenta uma parte espiritual, social, material ou corporal. O sujeito não só elabora representações acerca de si próprio, como actua com base nessas representações (Oosterwegel & Oppenheimer, 1993, in Peixoto & Almeida 1999).

Meissner (1997) caracteriza o *Self* como uma organização heterogénea que pode ser distinguido entre o *Self* agente, o aspecto do *Self* como objecto introspectivo e os processos de *Self* observacional.

Para Traubenberg (1983), a Representação de Si (ou a representação do corpo e do objecto), supõe a existência de um sujeito capaz de reflectir sobre si mesmo. Através das experiencias repetidas de troca com o ambiente, a criança gradualmente adquire a percepção de si mesma, isto é, descobrindo-se como um ser singular. Deste modo a Representação de Si, dependerá do nível das necessidades, das posições fantasmáticas dominantes e do estado da relação com o outro, ao qual o sujeito terá acedido. À medida que tal percepção evolui e se torna constante, a criança também se torna capaz de se representar e de se comunicar com o mundo, através das Representações de Si que elabora e reelabora continuamente, constituindo um *Self* organizado.

Assim, a Representação de Si, vai do esboço do esquema corporal à realização da sua unidade, (na medida em que a capacidade de estabelecer limites entre o interior e o exterior dá conta da aquisição de um nível de desenvolvimento libidinal em que as relações objectais estariam instauradas), até à projecção de uma imagem de um corpo sexuado em situação no mundo, face ao outro, que abre o acesso à identificação e à maturidade (Traubenberg & Boizou, 1984/1999).

## 5 - Narcisismo

Ferreira (2002), considera o narcisismo como o “cimento organizador da coerência do *Self* em cada etapa evolutiva”. Relacionando o *Self* aos objectos nos seus investimentos sucessivos, podemos falar de uma segurança interna ou quebra dessa segurança em vários movimentos dessa evolução. A segurança interna poderá definir-se pela estabilidade, com ligeiras variações do núcleo de auto-estima, amor por si próprio que cada um organiza, enquanto ser humano.

Kohut (1979), considera que a patologia nuclear das perturbações narcísicas é a ausência ou a insuficiência da estrutura psicológica que mantém a coesão do *Self* e auto-estima. Nas relações objectais narcísicas, o objecto funciona com um “*Self* - objecto”, isto é, como um substituto da estrutura psíquica reguladora da auto-estima, que o individuo se encontra incapaz de fornecer. A necessidade de lhe ser reflectida uma imagem grandiosa ou a necessidade de fusão com um objecto onnipotente grandioso, são formas de afastar a imagem frágil e a ameaça de fragmentação e desintegração da representação do *Self*.

Para Begoin 1991 (in Flores 2005) o narcisismo é considerado a condição necessária ao ser humano para se desenvolver psiquicamente.

As manifestações mais precoces da função narcísica ocorrem em relação aos objectos do *Self* primários, e as relações de objecto mais primitivas têm uma função narcísica básica (Flores, 2005). A reciprocidade vivida no fascínio do bebé pela mãe e da mãe pelo bebé, seria o problema central do conflito estético. É nessa reciprocidade que se estrutura a condição para a construção da vida, e se desenvolve a capacidade de suportar embates sem se sentir ameaçado na sua integridade (Meissener 1978, citado por Flores 2005).

Salgueiro (1990), refere a impossibilidade de se construir um equilíbrio narcísico satisfatório sem haver “objectos” afectuosos com quem a criança se relacione. A mãe, projecta no bebé acolhimento, triunfo, decepção, ou desânimo, de acordo com o seu estado de espírito em cada momento. Assim, Salgueiro (1990), refere a existência de um estado de espírito de fundo, que se enraíza na evolução da organização das suas próprias relações objectais, internas e externas, (modeladas pela gravidez e pela maternidade), assim como na relação do pai com o seu bebé. Por sua vez, o bebé, projecta na mãe satisfação, prazer, alegria, inquietação ou raiva, de acordo com o que vai sentindo dentro de si, e com o modo como se sente acolhido pela mãe nestas suas manifestações afectuosas (p. 72).

Para Malher (in Gonçalves., 1990), a principal fonte interna do narcisismo, deriva da consciência que a criança adquire, durante uma sub-fase de prática, da possibilidade de realizar sozinha certas actividades como por exemplo a marcha, ou uma tarefa complicada. Nesta fase de prática, o amor do “*Self*”, a valorização primitiva dos seus próprios actos e o sentimento de onnipotência da criança são contribuições determinantes para a sua organização narcísica futura.

De acordo com Bion (1962, citado por Salgueiro., 1990) os conceitos de Continente/Conteúdo, ajudam-nos a entender que uma mãe pode ser empática em relação a certos aspectos do seu bebé, mas ser má contentora de outros aspectos, como certos tipos de ansiedade, ou mesmo certos bons sentimentos de que o bebé nela projecte, mas que a mãe não pode aceitar, pela ausência de zonas de receptividade congruentes.

Spitz (in Gonçalves., 1990) atribui ao meio e particularmente à qualidade e continuidade da relação materna um papel importante na orientação e na organização dos investimentos libidinais. É no jogo interactivo com a mãe que ele vai receber os reforços necessários para que a energia libidinal invista suficientemente e sucessivamente: o interior do próprio corpo e as sensações cinestésicas; os limites corporais e os esquemas sensório-motores; os estímulos exteriores, dos quais temos em primeiro lugar a face da mãe, objecto por excelência da libido objectal, seguindo-lhes o estranho, os objectos e mais tarde a sua própria actividade e imagem.

Mahler (in Gonçalves, 1990) reconhece que uma importante fonte da libido narcísica e a qualidade de libidinização do Ego corporal e do *Self* depende do reforço narcísico precoce por parte do meio e cada subfase tem uma contribuição particular para o narcisismo saudável ou patológico, dependendo das reservas narcísicas da criança de uma maternalização adequada. Mahler (in Gonçalves, 1990) remete ainda, para a descrição de episódios, em que crianças entre os 5 e os 8 meses, rodeadas pela aprovação de adultos calorosos e libidinalmente reflectores, pareciam estimuladas ainda por esta admiração reflexa.

A vulnerabilidade depressiva é grande na infância, porquanto, o locus de regulação da auto-estima é externo. Por outras palavras, tem um narcisismo que depende da aprovação do outro; e não ainda um narcisismo com locus interno de regulação da auto-estima (Matos, 2001).

Matos (2001), afirma que ter valor estético, amoroso e ético para o objecto, ser apreciado, amado e desejado, pressupõe ter um valor próprio e intrínseco. Deste modo, a criança, revê-se no olhar dos outros, vê-se ao espelho e avalia-se a si mesmo. O autor

considera assim, que a dimensão narcísica, é um atributo nuclear da condição humana e da vivência social. “Ninguém escapa à cotação da bolsa de valores do círculo em que se move: o objecto privilegiado, a família, o grupo, a comunidade. E a criança muito cedo se apercebe disso; e estima e defende o seu próprio valor” (cit Matos, 2001, pp. 495). O autor, considera a desvalorização pessoal como sendo o “fermento de toda a psicopatologia, pelo menos desde que o indivíduo descobre o significado do seu valor para a natureza e importância da relação com o objecto: “Só sou amado se for amável” (cit Matos, 2001, pp. 496).

A consciência de um valor próprio esboça - se muito cedo. Matos (2001) designa a faixa etária dos dois/três anos, como o momento a partir do qual é indiscutível o assumir progressivo, de um valor pessoal, tornando-se evidente o desejo de ser admirado e a susceptibilidade à troça e ao medo do ridículo (ansiedade narcísea).

## **6 - Imagem Corporal**

Para Silder (1935), as atitudes em torno do *Self* da criança, são correlacionadas com os sentimentos em relação ao corpo. Bem assim, as experiências corporais e as sensações são relativamente proeminentes na forma como a criança se percebe. Este autor ainda, a existência de uma correlação positiva nos adolescentes, entre a auto-aceitação e os sentimentos favoráveis em torno do seu corpo.

De acordo com Dolto, (1984), a Imagem Corporal de uma criança, pode ser pensada como um desenvolvimento contínuo. Aos 7/8 meses já se pode referir um esquema corporal em elaboração com base na integração de sensações visuais, tácteis e cinestésicas e a partir da relação da criança com o meio, em particular com a mãe.

Ao longo do desenvolvimento, a criança vai passando de uma interiorização cognitiva e perceptual de características concretas e observáveis para uma noção interna do corpo com base no seu investimento e nas experiências emocionais resultantes da vivência relacional com o meio, em especial com a mãe (Dolto, 1984).

Entre o 6º e o 18º mês, com o desenrolar do processo de individuação, o bebé começa por reconhecer no espelho, um outro como objecto total, distinto de si, até identificar-se de forma satisfatória com a imagem do seu corpo no espelho. Paralelamente a esse processo de consciência de Si, do sentimento de uma realidade interna própria e distinta, vai-se constituindo progressivamente a imagem do corpo, investida e enriquecida não só pelos dados perceptivos e intelectuais mas também pelos dados imaginários e simbólicos (Dolto, 1984).

Deste modo, a Imagem Corporal é assim, mais do que um dado anatómico natural como o esquema corporal em que assenta. A Imagem do corpo é o traço estrutural da história emocional de um ser humano (Dolto, 1984).

O corpo da criança representa a diferença entre o corpo fantasmado durante a gravidez e o corpo real da criança, a começar pela identidade sexuada da criança que é sempre uma descoberta, quer seja através da ecografia, quer seja através do nascimento (Mijolla-Mellor, 2002).

O corpo real, constitui um risco relacional que revela simultaneamente que o fantasma da criança se pode tornar realidade e que esta realidade é esmagadora em relação ao fantasma (Mijolla-Mellor, 2002).

O Esquema Corporal desenvolve-se e persiste através de alterações e interacções entre o corpo e o mundo externo mediado pelo táctil, cinestésico e visual. Baseia-se na auto-percepção, e é complementada pelo feedback dos outros, baseado nas suas percepções de aparência corporal e acções de si. As Representações de si podem assim, ser vistas como estruturas cognitivas, traduzindo a forma como o sujeito conscientemente ou inconscientemente se experiencia (Schilder, 1935).

Para Kruger (1990), o corpo e as suas representações mentais são a base para um sentido do “eu”. Segundo este autor, o eu corporal e o eu psicológico desenvolvem-se em conjunto, através de uma sequência de passos que podem ser observados ao longo do desenvolvimento da Imagem Corporal, considerando que os primeiros anos de vida constituem o período ideal para a estruturação da identidade corporal, elemento básico para a organização da Imagem Corporal. De acordo com o mesmo, o desenvolvimento do *eu corporal* é um processo que ocorre em três estágios:

#### 1. Estágio I: Experiências psíquicas precoces do corpo

Corresponde aos primeiros meses de vida do bebé, nos quais, o vínculo mãe-filho é fundamental. O corpo da criança (os seus afectos, movimentos e sensações) baseia-se na sua relação com a mãe e, é através de experiências corporais apropriadas, nas quais a criança encontra continência para o que lhe é próprio, que ela vai adquirindo percepções corporais que, apesar de ainda não estarem nem integradas nem diferenciadas da mãe, foram obtidas nesse processo e discriminam-se pela subjectividade e originalidade.

Neste processo, a mãe tem como função dar continência ao filho, o que significa que

tem de estar disponível para que ele possa existir corporalmente. Assim como satisfaz as necessidades da criança com conforto e ternura, tem de ter sempre em conta a sua capacidade de suportar frustrações. As percepções, as imagens originadas no seu corpo, vão deixar marcas no seu ser e, apesar de serem imagens de partes não coesas, deixam os primeiros registos mentais, os quais constituem a base do desenvolvimento das próximas etapas da estruturação da Imagem Corporal;

2. Estágio II: consciência inicial da Imagem Corporal com integração de experiências internas e externas

Inicia-se com poucos meses e prolonga-se até à etapa em que a criança começa a andar. Neste estágio, a criança vivencia as várias percepções das suas partes corporais como pertencentes a ela mesma, já existindo diferenciação entre o eu e o mundo externo. Com o desenvolvimento da capacidade de imaginar, a criança vai começar a distinguir entre o corpo que toca e o objecto que é tocado, desenvolve a consciência de um espaço para além do seu corpo e, através da sua própria imagem desenvolve o sentido da sua própria acção;

3. Estágio III: definição e coesão do eu corporal como base da consciência do eu

Tem início entre os 15 e os 18 meses, quando a criança já é capaz de se reconhecer no espelho. A autonomia e a consciência do próprio “eu” começam a emergir, sendo a principal característica deste estágio, a consolidação do sentido de identidade estabelecido a partir de uma representação mental coesa e integrada do corpo.

Neste sentido, é na primeira relação objectal, aquela que é estabelecida com o prestador de cuidados, que o corpo da criança ganha um sentido, um significado, na medida em que, a mãe, ao reconhecer as carências da criança envolve-se, procurando assim, da forma mais completa possível, satisfazer as suas necessidades pulsionais, contribuindo para que o “seio bom” prevaleça. Este facto, permite ao indivíduo sentir-se reconhecido e valorizado na sua singularidade, conhecendo as suas possibilidades e aceitando as suas limitações corporais, o que vai conduzi-lo ao desenvolvimento satisfatório da Imagem Corporal e à construção de uma identidade corporal integrada e positiva. Pelo contrário, uma criança que não possui uma história de continência do seu ser, que não beneficiou de um contacto empático com o primeiro objecto relacional, o qual não foi capaz de satisfazer as suas necessidades, sente-se

rejeitada e com a ideia de que não há espaço para si no outro, o que vai remeter para o desenvolvimento de uma Imagem Corporal desvalorizada e, conseqüentemente, para uma identidade corporal fragmentada e negativa (Capisano, 1992; Tavares, 2003).

## **7- Relação dos pais com a criança doente**

A qualidade do narcisismo (secundário), depende da natureza e do equilíbrio dos investimentos agressivos e libidinais sobre a própria pessoa. Na infância esses investimentos provêm da própria criança mas também dos pais. A presença da doença, por vezes, modifica profundamente a natureza desses investimentos parentais dominados por afectos de fúria e de raiva ligados à culpabilidade e transformados de seguida numa necessidade de curar que pode tornar-se compulsiva. A parte doente do corpo da criança é então designada por um investimento pulsional odioso, devendo-se curar essa parte doente, ou por outras palavras: deve-se fazê-la desaparecer, suprimi-la (Marceli & Braconnier, 2005)

Alguns estudos, concluem que as mães das crianças com deficiência ou em risco diferem das mães de bebés normais na apreciação que fazem dos seus filhos, nas expectativas quanto aos marcos de desenvolvimento e nos seus sentimentos de eficácia e competência (Pimentel, 1999).

Quando há um filho deficiente, pode surgir o sentimento de incompetência e de imperfeição pelo nascimento de uma criança diferente. Este sentimento de incompetência pode levar a uma reacção depressiva ou a uma depressão de intensidade variada que desempenha um papel importante no estabelecimento da interacção (Gauthier, 2002). Neste sentido é assumido que as emoções e percepções são importantes e afectam as características do processo interactivo mãe - bebé (Pimentel, 1999).

A função materna, como processo que se desenvolve, é influenciada pelas características do bebé, primeiro pela sua aparência e gradualmente pelas suas respostas. Este processo dificulta-se muito mais quando a incapacidade motora do filho é notória muito precocemente (hipotonia ou grande rigidez muscular), observando-se facilmente o seu aparato motor, bem como as limitações das suas respostas (França, 2000).

Face ao nascimento da criança real, a mãe sente-se impedida de crescer no seu poder mágico de reparar a criança, o que a obriga a encarar a realidade, a limitar a sua megalomania e, sobretudo, a correr o risco de ficar paralisada na sua função materna, na sua função de

*rêverie* que, tal como diz Amaral Dias (1988), lhe permitiria dar significado interno ao seu bebé interno e ao bebé externo (França, 2000).

Os cuidados que estes pais têm com os seus filhos doentes e os benefícios que estes obtêm indirectamente são tantos que podem originar o desejo inconsciente de perpetuar a condição de deficiente. A criança pode encontrar um certo prazer na situação dramática criada pela deficiência e, na família onde o deficiente é o centro das atenções e os pais organizam a sua vida em função das necessidades deste filho, a tendência a ser activo e forte pode apagar-se perante os benefícios da regressão (França, 2000).

Para que o investimento narcísico seja relativamente preservado, os investimentos afectivos parentais devem dizer respeito à criança tal como é e não como deveria ser. Amada pelo que é, a criança sente-se posteriormente confortada pelo sentimento de normalidade narcísica, enquanto uma criança amada, não pelo que é mas pelo que deveria ter sido, terá por muito tempo o sentimento de um narcisismo enfraquecido. O narcisismo enfraquecido assinala o desvio entre o objecto ideal que deveria ser e a realidade, traduzindo-se directamente por uma auto-estima medíocre. Demonstra-se assim, a importância do suporte parental e do trabalho da culpabilidade e do luto que qualquer pai, confrontado com a doença grave e crónica da criança, deveria efectuar, para bem desta, e isto desde a primeira infância desde que a doença se tenha já revelado nessa fase (Marcelli & Braconnier, 1983/2005).

## **8 - Dimensão relacional da criança com doença crónica**

De acordo com Koupernick (1974), a existência de uma doença crónica na família, origina importantes modificações no equilíbrio intra-familiar. Toda a economia psíquica da família está profundamente perturbada e a criança doente é o epicentro permanente desse desequilíbrio. A criança doente, cristaliza em si própria, sentimentos de compaixão, pena, protecção excessiva, solicitude, empatia, que em parte podem mascarar uma compensação de sentimentos de hostilidade e de ressentimento.

Stoleru & Mazet (2003) referem o facto de uma doença motora, poder ser observada de uma perspectiva psicopatológica, o seu peso quanto à ocorrência de eventuais perturbações na organização narcísica posterior da criança e no investimento do *Self*. A constituição desse traumatismo narcísico, pode evocar, por um lado, as perturbações do investimento materno (a criança aparece à mãe inacabada, amputada, ou ainda particularmente frágil ou vulnerável) e,

por outro lado, a vivência directa da experiência corporal pelo bebé: não resolução das tensões internas, limitações impostas às actividades destes (Stoleru & Mazet, 2003).

Os pais, vêem-se confrontados com o trabalho psíquico de aceitar que à criança fantasmática e imaginária se substitua esta criança real (Mazet & Stoleru, 1988/2003), pelo que têm que se adaptar ao facto desta criança ser diferente da desejada. O stress deste período do ciclo de vida familiar é conseqüentemente, redobrado e tem de haver uma reorganização dos papéis parentais em função deste filho diferente.

Deste modo, todos os pais são confrontados com o trabalho de luto, o luto do bebé cuja chegada antecipavam. A reacção dos pais e a sua maior ou menor dificuldade para se ligar à criança varia consoante a malformação, nomeadamente, o facto de ser visível ou não, de ameaçar ou não a vida da criança, de outros membros da família estarem ou não afectados por essa doença, de implicar ou não hospitalizações repetidas. A dificuldade em aceitar a criança mal-formada, é acompanhada de sentimentos de culpabilidade que podem estar na origem de uma preocupação constante e de uma polarização exclusiva à volta dela, em detrimento das outras crianças da família (Stoleru & Mazet, 2003).

Por outro lado, a alteração do projecto fantasmático que os pais tinham sobre este filho pode leva-los a perder a ilusão antecipatória tão necessária ao desenvolvimento e pode levar ao equivalente a uma morte psíquica de um filho. Daí que as crianças com uma doença crónica, vivam com uma terrível angústia de morte, consequência deste luto antecipado da família (Fernandes, 2002).

Todo o trabalho de preparação para receber o bebé idealizado se torna inútil e as capacidades adaptativas da mãe ficam diminuídas pela impressão de que não conseguiu realizar o bebé perfeito com que sonhou. Mas este bebé, precisa da sua mãe, o que implica desde logo, da parte dela um esforço imediato para enfrentar a realidade. Este processo de adaptação pode então dar-se num contínuo entre dois sentimentos extremos e opostos (Pimentel, 1999)

A culpabilidade, aparece como uma consequência da ambivalência que os pais sentem em relação ao filho doente. Num extremo, está a dedicação manifesta dos pais, tendo em vista a satisfação das necessidades do filho doente. No outro extremo está a intolerância manifesta pelos pais em relação ao filho e ao impulso, quase sempre irresistível, de denegação, de não aceitação da perda da desejada criança normal (Raimbault, 1974).

## 9- A criança com doença crónica

As crianças com doença crónica, de acordo com Drotar (1997, in Immelt et al., 2006) apresentam um risco mais elevado de patologia mental comparativamente a crianças saudáveis. Os factores que condicionam a adaptação da criança à doença crónica são: a gravidade da doença, a sua duração no tempo, o diagnóstico, o prognóstico, as experiências negativas e a falta de condições. Outros factores que condicionam de igual forma a adaptação à doença, são: a diminuição do estatuto escolar, no que concerne às ausências frequentes e a dias em que a actividade física é praticamente nula, por imposição da própria doença; a dor física que a criança sente, bem como a sua gestão, dietas restritas e os tratamentos médicos (Drotar 1997, in Immelt et al., 2006);

A auto-percepção, em alguns domínios como a aparência física, competência atlética e aceitação social são condicionados de forma negativa, pela doença crónica Harter (1985, in Immelt et al., 2006); a depressão materna; as percepções maternas do impacto negativo da doença, na família; o rendimento escolar também poderá ser afectado pela ausência que se impõe, sobretudo devido aos internamentos hospitalares, contribuindo deste modo, para a frustração da criança que está a desenvolver capacidades intelectuais, sociais e físicas. Silver et al (1996, in Immelt et al., 2006) reforça a importância da estrutura familiar como factor determinante na adaptação da criança à doença.

Curtis et al (2008) referem que os diagnósticos médicos que limitam a actividade física ou requerem faltas sucessivas à escola estão associados a problemas sociais como ser ignorados ou gozados pelos pares.

Por sua vez, Varni & Setogutchi (1992) demonstraram a existência de problemas comportamentais, problemas emocionais e níveis inferiores de competência social em crianças com uma doença física, relativamente a uma população normal.

Cohen et al. (1994, in Nabors et al., 1997) verificou que crianças muito novas preferem brincar com crianças fisicamente normais do que com crianças com *handicaps* no recreio, sendo este um contexto que requer um grande nível de actividade motora.

De acordo com Nabors & Keys (1997), as crianças mais velhas, em idade pré-escolar, têm um melhor entendimento relativamente a uma diminuição ortopédica, bem como as suas subseqüentes limitações do que as crianças mais novas em idade pré-escolar. As crianças demonstram uma maior preferência em brincar com pares fisicamente saudáveis, sobretudo em actividades motoras.

Crianças com Neurofibromatose do tipo 1, revelam competências sociais inferiores, dificuldades na relação com os pares, e um auto-conceito reduzido relativamente às capacidades físicas, e no *Self* em geral, comparativamente à média. A falta de competência social foi um factor determinante no auto-conceito relativamente às capacidades físicas, na medida em que os pares desempenham um papel importante, como tal Burns (1979, in Barton & North, 2006), destaca a importância do feedback dos outros na formação da auto-percepção, sendo que as capacidades ao nível físico recebem um feedback imediato. Por exemplo, se a criança chega em último lugar numa corrida obtém um feedback imediato dos outros. O autor reforça novamente a importância do suporte social, sendo este um factor determinante na formação do auto-conceito Burns (1979, in Barton & North, 2006).

Crianças com uma discrepância no crescimento da perna, de acordo com Niemelä et al. (2007), apresentam níveis de auto-estima inferiores e exteriorizam comportamentos de agressividade, depressão e ansiedade, comparativamente a uma população normal. O autor refere que existem factores que poderão influenciar o comportamento do doente, tais como: uma boa preparação pré-cirúrgica, estadias curtas no hospital, um bom suporte familiar e uma relação de confiança com o médico. Contudo, após o tratamento, em que os pacientes usaram o aparelho de fixação externa Ilizarov, e a assimetria no crescimento da perna ter sido obtida, os doentes manifestaram uma redução significativa dos comportamentos referidos (Niemelä et al., 2007).

Marcelli (2005), alerta para a situação de dependência, face ao outro, que é fortemente favorecida pela situação de doença, bem como o sentimento de protecção, por parte dos pais, dos médicos e dos seus colaboradores. Bem assim, a doença favorece quase sempre um sentimento de regressão, de retorno a uma relação de cuidado corporal, e de dependência que era própria do latente.

## **10 - A vivência da doença crónica de acordo com diferentes faixas etárias**

De acordo com Barros (2003), a doença produz sensações internas inabituais, um reconhecimento repentino de processos corporais até aí desconhecidos, assim como uma inexplicável perda de controlo de partes ou funções do corpo. A experiência de doença, de tratamentos e de hospitalização criam na criança a sua necessidade de compreensão. Com o objectivo de se adaptar a situações e a acontecimentos que está a viver, a criança constrói ideias ou teorias, isto é, significações e, em consequência, reage de diferentes maneiras. O

Desenvolvimento Cognitivo da criança vai determinar o conceito da criança face à doença, o que influi no tipo de apreensão face a si próprio e á sua doença:

#### 10.1- No Estado Pré-operatório que decorre entre os 2 e os 6 anos

As significações sobre a realidade dos sintomas apoiam-se na percepção mais directa e evidente, ou seja, o que se vê, ouve, sente, cheira (uma ferida sangrenta é certamente mais grave do que um problema intestinal que provoca sensações moderadas), por ex: uma criança poderá diminuir a sua ansiedade após lhe ser retirado o adesivo colocado na mão onde estivera inserida a sonda intravenosa. Os sintomas tendem a ser descritos de forma indiferenciada, categórica e apoiando-se em atribuições de tudo ou nada (a saúde é não ter dores nem febre). Todos os fenómenos têm uma causa próxima, evidente, e provavelmente auto provocada (se nos portarmos bem não ficamos doentes). Contudo, a dor ou doença, quando concretamente percebida, é um processo que vitimiza, ou invade, o sujeito, havendo poucas possibilidades de alterar o sofrimento daí decorrente (p. 44).

#### 10.2 - No período das operações concretas, que decorre entre os 7 e os 11 anos

A emergência de uma causalidade objectiva e racional permite atender a fenómenos ou explicações mais complexas e menos directamente perceptíveis, assim como compreender uma gradação do nível de dor ou de gravidade da doença. Existe uma maior diferenciação entre o real e o imaginário. A criança começa a aceitar uma perspectiva mais objectiva sobre as causas da doença e a perceber a possibilidade de que os seus actos possam contribuir para diminuir o sofrimento ou para facilitar o processo de cura (p. 44).

#### 10.3 - No estágio das operações formais que decorre dos 11 aos 12 anos

Com o acesso às operações formais, existe uma progressiva capacidade para compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade no processo de adoecer e no de curar. O jovem pode progressivamente entender melhor o papel do organismo e dos processos psicológicos e aderir a metodologias mais sofisticadas de controlo da dor e de aceitação dos limites impostos pela doença. A libertação do “concreto” permite uma exploração mais extensiva dos

processos de confronto e de resolução de problemas, recorrendo ao pensamento hipotético e à crescente capacidade de abstracção (p. 45).

## **Método**

### Caracterização da amostra

Os três sujeitos participantes neste estudo, são acompanhados pela equipa médica do Serviço de Ortopedia, no Hospital de D. Estefânia. Para a realização deste estudo, obteve - se uma amostra de uma criança e duas pré adolescentes, diagnosticadas com Pseudartrose Congénita da Tíbia, uma do género masculino e duas do género feminino, com 5,10 e 13 anos respectivamente.

### Procedimento

Para a realização deste estudo, foram seleccionadas três crianças em acompanhamento médico, pela equipa de Ortopedia, no Hospital de D. Estefânia. Após a autorização do Director do Serviço de Ortopedia do Hospital D. Estefânia, (Anexo A), entrou - se em contacto com os pais, por via telefónica, sendo que um deles foi contactado pessoalmente, após uma consulta de rotina com o Médico Ortopedista, com o propósito de solicitar a sua participação neste estudo, tendo sido abordado de forma geral a pertinência e o objectivo do mesmo.

Na primeira sessão, com os pais, abordou-se de forma mais detalhada, o objectivo deste estudo, bem como o procedimento, ao qual a criança e os pais seriam submetidos, a par da entrega do pedido de autorização. Posteriormente, procedeu - se à recolha dos dados anamnésicos da criança, através de uma entrevista semi-estruturada dirigida aos pais (anexo E).

Na terceira sessão, com a criança, procurou-se estabelecer uma conversa mais informal, focada nos interesses da mesma e no seu quotidiano, para que o contacto com esta fosse facilitado, tendo sido explicada a razão da sua presença. Informou-se a criança que nos iríamos encontrar mais uma vez, para realizar algumas actividades. Procedeu - se à aplicação da primeira prova, as Matrizes Progressivas de Raven (2001). Esta prova, tem como principal objectivo obter de um modo rápido, um índice suficientemente fiável das potencialidades intelectuais. Os resultados obtidos nesta prova, permitem-nos controlar os factores de ordem intelectual implícita à aplicação das provas projectivas.

Posteriormente foi solicitada a execução de um Desenho Livre, no sentido de desinibir a criança para as consignes seguintes, que apelam a temáticas susceptíveis de provocar maior inquietação e maior resistência por parte da criança. Esta prova constitui também um bom ponto de partida para aceder a conteúdos inconscientes ou até mesmo a outros conteúdos que a criança não tenha capacidade para verbalizar Aguiar (2004).

De seguida, foi pedido ao sujeito, o Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough (1982), cuja consigne implica pedir ao sujeito o desenho de um homem, seguido do desenho de uma mulher e por fim o desenho dele próprio. Esta prova teve como objectivo principal, aceder às emoções projectadas na representação corporal do sujeito, embora se tenha considerado pertinente a análise quantitativa, que nos indica o nível de desenvolvimento do sujeito.

Por fim, foi pedido ao sujeito, o Desenho da Família Imaginária de Louis Corman (1967), (excepto num dos casos em o sujeito se encontrava fora da faixa etária que o teste preconiza) cuja consigne implica, em primeiro lugar, pedir o desenho da Família Imaginária e em segundo, o Desenho da Família Real. Através deste teste, pretende-se obter uma análise das relações e da estrutura familiar, tendo em conta o facto de a família desempenhar um papel fundamental na construção da Representação de Si.

Na terceira sessão, optou-se por aplicar, como prova final, o Teste projectivo de Rorschach. Este constitui um método privilegiado para uma análise mais minuciosa e aprofundada dos processos psíquicos do sujeito, nomeadamente no que concerne à análise da Representação de Si, sendo que este, constitui o foco do nosso estudo.

## Instrumentos

### Matrizes de Raven

Esta prova, permite avaliar de forma geral, o desenvolvimento das funções cognitivas e o raciocínio lógico, ou seja, avalia o progresso do raciocínio perceptual e lógico - abstracto.

A necessidade de controlar os factores de ordem intelectual, implícita à aplicação das provas projectivas, levou-nos a optar pelas Matrizes Progressivas de Raven, por reunir uma série de vantagens tais como: uma forte saturação no factor em G, permitindo obter de um modo rápido, um índice suficientemente fiável das potencialidades intelectuais. Por outro lado, é uma escala não verbal relativamente independente dos factores culturais e escolares, facilmente sentida pela criança como divertida e interessante (Raven, Court & Raven, 2001).

### Desenho Livre

O Desenho Livre é uma prova projectiva na qual o sujeito projecta o seu Eu, os seus conflitos, os seus fantasmas, as suas fantasias. De acordo com Aguiar (2004) o desenho infantil pode ser muito revelador do grau de maturidade da criança, do seu equilíbrio emocional e afectivo.

Coelho (1993) afirma que, o Desenho Livre tem a possibilidade de pôr em acção e mostrar, de forma inteligível ao observador, o funcionamento dos processos psíquicos.

### Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough

A versão do Teste do Desenho da Figura Humana desenvolvida por Harris Goodenough, compreende três desenhos: o desenho de um homem, o desenho de uma mulher e o desenho de si mesmo. Com este último desenho, procura-se que a criança retrate a sua própria imagem, tal como a conhece, sente e vive. O modo como desenha, pode indicar a sua imagem enquanto criança, mas pode também revelar informações importantes que permitam descobrir algo sobre a Imagem de Si, por exemplo, através da valorização ou desvalorização que a criança atribui a essa tarefa. O facto de não desenhar explicitamente os seus “defeitos”

não significa que a criança não se projecte, pois, muitas vezes, esta projecção pode evidenciar-se de forma indirecta, por exemplo, através do tamanho da figura, da cor utilizada e da expressão e postura corporal adoptada (Harris, 1963/1981).

A avaliação, é feita através da análise do número de detalhes incluídos no desenho e da sua precisão. Atribuem-se pontos às partes da figura representadas, assim como aos detalhes de proporção, perspectiva, boa localização e inserção dessas partes. Posteriormente, transforma-se a Pontuação Directa, resultante da soma total dos pontos, em Pontuação Standard, a qual, ao ser convertida num valor percentilico, permite-nos verificar, em termos quantitativos e qualitativos, o modo como a criança projecta a sua Imagem Corporal, através da comparação entre o desenho de si mesmo e o desenho da figura com sexo equivalente ao seu. Assim, consoante o valor determinado, a Imagem Corporal da criança apresentar-se-á alterada - quando o percentil é inferior a 50 - ou não alterada - quando o percentil é igual ou superior a 50 - estando, neste último caso, adequada à sua idade (Harris, 1963/1981).

#### Desenho da Família Imaginária de Louis Corman

O principal objectivo deste teste, prende-se com a análise das relações e estrutura familiar, possibilitando também uma avaliação ao nível gráfico (amplitude, pressão do traçado, localização na página e movimento do traçado); ao nível das estruturas formais (representação da figura humana que é pressuposta como o esquema corporal do sujeito, sendo possível avaliar a sua maturidade e a presença de perturbações do esquema corporal); e ao nível do conteúdo (aspectos positivos do desenho - valorização e desvalorização de personagens, deformações, supressões, acréscimos, etc ...).

Este teste, compreende, a solicitação de dois desenhos, em primeiro lugar, é pedido á criança “Desenha uma família da tua imaginação”. De seguida, realiza-se um questionário que só poderá incidir sobre este primeiro desenho. Assim, o questionário incide nas seguintes questões: “Esta é a família que imaginaste, conta-me a história dela.; Quem são eles?; Que fazem?; Explica-me todas as personagens, começando pela primeira que desenhaste.; Qual é o melhor de todos nesta família?; Qual é o pior de todos?; Qual é o mais feliz?; Qual é o menos feliz?; E você nesta família, quem prefere?”, sendo que para cada resposta dever-se-á perguntar o porquê. De acordo com as circunstâncias, pode-se completar com outras questões,

conforme as situações específicas, por exemplo: “O pai propôs um passeio de carro, mas não há lugar para todos, quem é que achas que vai ficar em casa?”.

Em segundo lugar, é pedido ao sujeito que desenhe a sua própria família.

O autor refere no entanto, que não se trata de impor um questionário rígido, mas de se inspirar nas circunstâncias e de levar o sujeito tanto quanto possível, a se expressar sem nenhum constrangimento.

Durante a sua execução, o examinador vai observando, de forma discreta, o modo como a criança realiza o desenho, anotando em que ponto da página foi iniciado o desenho, assim como a ordem de reprodução dos membros da família. É também importante observar, as expressões da criança que acompanham a execução do desenho.

### Teste de Rorschach

O teste de Rorschach, permite-nos aceder à natureza dos processos psíquicos que permitem a articulação entre o nível perceptivo e o nível fantasmático. Permitindo-nos tentar perceber de que forma é que a criança articula o real que lhe é proposto e o seu imaginário: como se opera o vaivém entre o real e o imaginário, que tipo de problemática e de fantasmática deixa entrever (Marcelli, 1983/2005).

Neste estudo, a aplicação do teste de Rorschach, tem como principal objectivo aceder à Representação de Si do sujeito, tal como Boizou & Traubenberg (1984/1999) o preconizam, referindo-se à projecção do corpo vivenciado, objecto e sujeito da actividade afectiva, traduzindo a maneira de estar no mundo face ao outro e, no caso da criança, face às imagens parentais.

A imagem do corpo projectado não é uma instância, é disso que deriva o seu interesse privilegiado, bem como a sua complexidade para o estudo da projecção do esquema corporal no Rorschach. Esta imagem, está carregada de significados diversos, concentra sobre si tanto o investimento narcísico como o investimento do outro, em suma, a necessidade de auto-representação no sentido lato do termo. De facto, a Representação de Si e o seu nível de expressão são função das condições do desenvolvimento libidinal, do nível de relação com o objecto, das necessidades, dos receios e da maneira como as imagens parentais são vivenciadas, (Boizou & Traubenberg, 1984/1999).

A aplicação desta prova, permite-nos testar a presença de uma imagem de corpo integrada, quer existam ou não respostas relativamente ao corpo. Este pressuposto tem o seu ponto de partida no ritmo espacial do estímulo organizado em torno de um eixo médio vertical e repartido de tal maneira que leva a uma delimitação do dentro e do fora, do exterior e do interior. É também para essa escolha que a instrução orienta, levando ao compromisso de uma interacção entre o perceptivo e o imaginário (Boizou & Traubenberg, 1984/1999).

Deste modo o foco da nossa análise no Rorschach, incide em quatro eixos: As referências da projecção do esquema corporal, tendo em conta o seu modo de expressão e a preocupação pela sua delimitação; as Representações de Si face ao meio, o acesso à identidade; a procura de identificação, remetendo para a capacidade de diferenciação face ao outro.

## **Estudo de caso - Miguel (Anexo B)**

### **Dados anamnésicos**

O Miguel é um rapaz de 5 anos e três meses, de raça caucasiana, é membro de uma fratria de gémeos. Habita com os pais e com irmão num apartamento.

O nascimento do Miguel parece ter sido rodeado de uma grande ansiedade, apesar da gravidez ter sido planeada e dos pais terem uma relação estável, a notícia de que a gravidez era gemelar, foi vivida pela mãe com uma grande insegurança e medo de “não conseguir levar a gravidez até ao fim e de não ser capaz de cuidar dos filhos depois de nascerem, pois não tinha qualquer experiência”.

Foi o segundo a nascer, “o parto foi muito difícil”, uma vez que “ O Miguel, ficou atravessado”, logo de seguida, os médicos informaram a mãe de que o Miguel tinha nascido com um problema, com uma discrepância no comprimento das pernas, não especificando mais, aumentando a ansiedade nos pais.

Com um mês e vinte dias, realizou exames que comprovavam que tinha a tibia arqueada. Os pais consultaram vários médicos, mas tinham sempre a sensação de não serem esclarecidos o suficiente.

Aos 14 meses, foi encaminhado para o HDE, onde é seguido actualmente pela equipa de Ortopedia, tendo sido diagnosticado Pseudartrose Congénita da Tíbia. Os pais referem que a partir desta altura se sentiram sempre mais acompanhados e mais esclarecidos, e que apesar das dificuldades que a patologia pressupõe, sentiram-se mais “aliviados”. Nesta altura, com o apoio das sessões de fisioterapia, começou a andar com uma bota ortopédica, segundo a mãe, “ainda começou a andar antes do irmão.”

Aos 5 anos, teve o primeiro internamento hospitalar, ao qual teve uma boa adaptação, sendo que a equipa e os pais tiveram a preocupação de o ir preparando. Contudo, após a saída do hospital, há uma semana, começou a ter pesadelos com lobos maus, etc.

Relativamente à amamentação, a mãe não tinha leite suficiente, mas o Miguel sempre teve apetite.

Relativamente ao controlo dos esfíncteres, o Miguel deixou as fraldas aos 3 anos de idade, mas tem enurese nocturna primária.

A entrada para o Jardim Infantil foi aos 5 meses, tendo manifestado uma boa adaptação. Aos três anos, devido à mudança de residência para Lisboa, para ficarem mais

perto do Hospital, o Miguel mudou de Infantário, os pais referem que este teve uma boa adaptação, e uma boa aceitação por parte dos colegas, referindo o facto de existirem outras crianças com patologias visíveis, sendo que os colegas que frequentam o mesmo infantário assumem muitas vezes um papel de protecção.

O Pai refere que os dois irmãos são muito unidos mas o irmão do Miguel, tende a protegê-lo muito, inclusive na escola, acrescenta ainda que o Miguel é um pouco mais dependente deste.

### **Síntese de observação da 1ª sessão**

Está há uma semana com o aparelho de Ilizarov, não pode colocar o pé no chão e desloca-se com o apoio de canadianas, dirige-se de imediato para o armário dos brinquedos, tem uma atenção dispersa, embora, após lhe serem solicitadas as provas de avaliação, permanecesse concentrado.

O Miguel vem acompanhado pelos pais, assim que entra no gabinete dirige-se de imediato para o armário dos brinquedos, ignorando a tentativa de contacto da examinadora. Abre o armário e tenta tirar um conjunto de animais de brincar, solicitando a atenção do pai para que este veja. O pai diz pede-lhe para não mexer e este obedece. Apesar de inicialmente parecer distraído, o contacto, após o pai se ter ido embora é estabelecido com facilidade, mostrando-se bastante predisposto para realizar as Matrizes Progressivas de Raven.

Demonstra-se bastante agitado fisicamente, durante a execução do desenho de si próprio e do desenho da Família Imaginária de Louis Corman, tentando desviar o olhar desta tarefa, dirigindo a atenção para o armário dos brinquedos e perguntando o que é que há lá fora (para lá da porta do gabinete que dá acesso a um pátio interior).

### **Matrizes Progressivas de Raven**

O Miguel obteve um percentil 90, situando-se num limiar superior para a sua faixa etária.

## **Desenho Livre**

Começa por desenhar o contorno do castelo, desenha os soldados, da esquerda para a direita, “As portas precisam de ser muito grandes, para os soldados entrarem, e tem que ter muitas janelas para a Rainha ficar feliz! Desenha a cara da “Rainha”. Desenha o Rei, “É o Rei, e o mau? Queres que eu faça? - *Podes fazer o que quiseres.* - “ Tem uns olhos enormes para ver melhor! Tás a ver? O príncipe andava aqui a fazer uns passeios e apareceu a Rainha e depois o príncipe disse assim: Vem aí o monstro, e depois disse, vem aí e apareceram os soldados. Porque eles íam matar o mau, porque o mau queria a cara da rainha. Ai! Ainda não acabei de fazer o fato da Rainha (desenha então o corpo da rainha), pronto! O Rei mandou chamar os soldados, o mau foi-se embora e depois é que apareceram as nuvens, o sol e finalmente as flores (observa o desenho). Ai! Esqueci-me de fazer as botas deste e deste (acrescenta então as botas vermelhas).

### **Análise:**

Neste desenho, parece predominar um sentimento de agressividade, contudo existem elementos positivos, estruturantes como a execução das janelas para agradar à rainha. Termina ainda com uma resolução positiva do conflito emergente, desenhando o sol e as nuvens, “depois do mau se ter ido embora”.

## **Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough**

### **a)Análise quantitativa**

No primeiro desenho, de um homem, obteve um percentil 53, o que indica um nível de desenvolvimento adequado à sua faixa etária.

No segundo desenho, de uma mulher, obteve um percentil 71, situando-se num nível superior ao esperado para a sua faixa etária.

No terceiro desenho, de si próprio, obteve um percentil 35, revelando um percentil inferior ao esperado.

#### b)Análise qualitativa

Após a representação dos dois primeiros desenhos, e de lhe ter sido solicitado o auto-retrato, pede se, poderá fazer outro desenho, desenhando uma flor, que revela desde logo uma Imagem de Si fragilizada, tal como se verifica no traço do caule. Poder-se-á atribuir á representação da chuva, uma Imagem de Si que suscita sofrimento.

Existe um mecanismo de evitamento face à Representação de Si. Há um grande investimento na parte superior. Representação de Si próprio, o traço é mais frágil. Em primeiro lugar evitou desenhar-se a si próprio e quando foi obrigado a faze-lo, parece ter havido um movimento regressivo. Não há um corpo coeso.

### **Desenho da Família Imaginária de Louis Corman**

Começa por desenhar uma casa, enquanto executa a figura seguinte diz “É um cão ou um gato”. Desenha uma estrela “Esta era a mãe que está a fazer um bolo de framboesa!” E depois os filhos estavam dentro da casa a brincar.

Face à questão “Quem é o mais triste?”, aponta para a casa acrescenta um meio círculo invertido, assinalando a expressão de tristeza. De seguida, desenha um sol e desenha novamente um meio círculo invertido neste. A examinadora prossegue então, com o questionário desta prova: Quem é o mais simpático: “A mãe”. Quem é o mais Feliz: “A mãe”. Face à restantes questões implícitas no questionário, pertencente ao teste do Desenho da Família Imaginária de Louis Corman, diz que não sabe.

#### Análise:

Evita desenhar a figura humana, não concebe uma relação entre os membros da família, manifestando o isolamento dos afectos. Há uma fuga ao encontro com a realidade. Neste contexto, e dada a sequencia das suas verbalizações, poderíamos deduzir que o Sol poderia representar o pai, que surge com uma expressão de tristeza. O facto de não se representar graficamente, evitando a representação humana e a relação de umas com as outras, revela também um certo constrangimento associado. Dá ainda conta de um mecanismo de condensação na Estrela (União da mãe que tem uma conotação de relação com a mãe).

## **Desenho da Família Real**

Pergunta se pode desenhar uma casa, ao qual lhe é respondido que pode desenhar o que quiser. Desenha uma casa “A família está lá dentro”, expressando um evitamento total.

## **Síntese de observação da segunda sessão**

Chega ao gabinete acompanhado pelo pai e pelo irmão gémeo, cumprimenta a examinadora, o irmão entra de rompante no gabinete, enquanto o Miguel, face á sua presença se demonstra um pouco mais inibido, seguindo-o até ao armário dos brinquedos. Após o pai e o irmão terem saído, mostra-se entusiasmado com a proposta feita de “um jogo de imagens”. Contudo, embora tenha tido uma entrada imediata, com um tempo de latência curto, de 10s, demonstra-se irrequieto, movimentando-se sucessivamente na cadeira, pedindo sucessivamente para mostrar os cartões restantes. Mostra - se mais sossegado e mais concentrado a partir da prancha V, demonstrando inclusive uma expressão mais triste. Por fim, no inquérito de limites, reforça de forma mais evidente o desejo de fuga face ao Rorschach, não justificando as escolhas. No final pede-me se pode ver o que é que há lá fora, referindo-se ao pátio interior, ao qual o gabinete tem acesso, parecendo manifestar o desejo de fuga e culminar com a aflição que a prova suscitou.

## **Análise do Protocolo de Rorschach**

### **Cartão I**

Observa-se por parte do Miguel uma abordagem espontânea da Prancha I, manifesta no curto tempo de latência inicial, em que a resposta “planeta” no intremaculares brancos, dá conta da dificuldade da apreensão em G, partindo para uma interpretação, do mesmo engrama, dando conta de uma necessidade de centração no eixo, projectando um ser real e assustador “um monstro”, cuja angústia lhe suscita um desejo de fuga.

Remete assim, para a imagem de um ser real e assustador. Procurando uma centração no eixo, não conseguindo apreender o cartão em G. Não consegue elaborar uma imagem

inteira de Si. Dá uma imagem (H) e a seguir recusa, foge da mancha “vou para o Hawai”. O planeta remete para uma imagem rigidificada, com acento nos limites.

### **Cartão II**

Apesar da mudança de estímulo, o tema da prancha anterior prevalece, surgindo novamente o conteúdo planeta, em diferentes engramas da mancha, como forma de uma representação de um corpo coeso e rígido.

### **Cartão III**

Na passagem da prancha II à III, torna - se possível aceder ao conteúdo humano, embora numa relação não diferenciada que promove o dano dos objectos “rasgar”, que é como que previamente anunciada por um outro elemento de destruição “estrela cadente”.

### **Cartão IV**

O confronto com um estímulo de grandeza e de potência, desencadeia a negação de uma fragilidade “Palhaços”, através da projecção de uma representação real e assustadora.

### **Cartão V**

Apesar de uma atitude de evitamento inicial, a prancha V é percebida na sua qualidade formal e banal. Todavia, esta percepção desencadeia uma atitude de onipotência “eu gosto de morcegos”, que introduz um discurso representativo da perigosidade com que o seu interior é sentido “a minha casa é assustadora, porque tem morcegos múmias...”

### **Cartão VI**

O cartão VI, cujo simbolismo remete para um conteúdo de virilidade, desencadeia no sujeito um sentimento inicial de rejeição “Não sei o que é”, justificado pela fragilidade da representação dos limites corporais que emerge posteriormente, nos conteúdos evocados “um casaco”, procedendo de seguida à sua desvalorização “É velho porque as pessoas não querem e largam-no”.

### **Cartão VII**

Entra de imediato na apreensão da mancha, com um tempo de latência curto “São dois anjinhos”, partindo para uma desvalorização “são feios”, cuja relação de não diferenciação,

suscita um sentimento de perigo “O monstro saiu da casa de banho e pumba!”, com a qual inicialmente se procura identificar “eu gosto é de monstros”.

### **Cartão VIII**

Perante um estímulo que apela à regressão, cujos limites são ténues (referir que são ténues por causa da tonalidade) o sujeito perde a possibilidade de relação, ficando apenas um sentimento de angústia.

### **Cartão IX**

Na sequência da resposta anterior, evoca novamente um conteúdo assustador “a bruxa”, remetendo para uma relação em espelho, indiferenciada “É uma gémea da bruxa”, ao qual se segue uma apreensão assente num registo sensorial, que dá conta da perda da diferenciação formal e dos limites “nuvens”, cujo engrama se situa numa cor ténue, os verdes.

### **Cartão X**

À semelhança dos cartões pastéis anteriores (VIII e IX), introduz novamente um elemento assustador “bruxa”, elaborando uma tentativa de reparação narcísica “rainha”, que não sendo suficiente, recorre ao “planeta”, tal como em respostas anteriores, numa tentativa de conter, de impor limites, de rigidificar o objecto.

## **Síntese da análise do Protocolo de Rorschach**

É de salientar, a fragilidade que o Miguel, ao longo do protocolo, tenta abafar, através de uma tentativa de identificação com as imagens assustadoras e agressivas “monstros”, “bruxas” “Eu gosto de morcegos”.

A Representação Corporal aparece sob a forma de uma desvalorização da Imagem de Si “Um casaco, é velho ... porque as pessoas não querem e largam-no”.

A nomeação de elementos narcísicos é muito recorrente ao longo do protocolo, como por exemplo “laço”.

A projecção da Dimensão Relacional, reflecte a dificuldade ao nível da Separação Individuação face ao outro, através de relações em espelho “uns gémeos”, como se observa no

cartão III. A Projecção da relação surge ainda associada a um sentimento de destrutividade “a rasgar o balde”.

Torna-se ainda bastante frequente a longo do protocolo a nomeação de conteúdos Pele, como “Palhaço”, no cartão IV, ou “casaco”, no cartão VI.

### **Síntese Geral**

Nas Matrizes de Raven, pudemos observar um resultado superior para a sua idade, tendo sido observada uma maior concentração e entusiasmo na execução desta tarefa.

Perante o Desenho Livre, revela um sentimento de onnipotência com alguma agressividade.

O teste da Família Imaginária de Louis Corman, parece denunciar alguma conflitualidade e sofrimento, não concebendo uma relação, evitando o desenho de figuras humanas e evitando responder à maioria das questões implicadas no questionário.

No Desenho da Figura Humana de Goodenough, da análise quantitativa, observa-se um decréscimo acentuado dos valores dos percentis obtidos nos dois primeiros desenhos, P.53 e P.71 respectivamente, relativamente ao valor obtido no desenho de si próprio, cujo valor P.35, revela um resultado inferior.

Da análise qualitativa, verifica-se sobretudo a intolerância sentida face à representação do auto-retrato.

O teste de Rorschach, foi sem dúvida a prova que mais inquietação provocou, o que parece estar associado aos sentimentos que as representações corporais e relacionais, atrás verificados, desencadeiam.

Em suma, o Miguel é uma criança que revela alguma irrequietude e agressividade, sobretudo nas provas projectivas que apelam a uma representação mais directa de si, do qual o auto-retrato, o desenho da Família Real e o Rorschach são bastante elucidativos.

## **Estudo de caso - Sara (Anexo C)**

### **Dados anamnésicos**

A Sara, é uma pré-adolescente, de dez anos e oito meses, de raça negra, habita num apartamento com os pais e com os irmãos. É a irmã do meio de uma fratria de 3 irmãos, o mais novo tem 7anos e a mais velha tem 12 anos, tendo uma boa relação com ambos, mas revela uma maior proximidade com o irmão mais novo.

Aos 2 anos de idade, a Sara manifestou o primeiro sinal da sua patologia. Enquanto estava a brincar, escorregou e fracturou a tibia. No hospital, foi-lhe colocado gesso, mas não foi suficiente para consolidar a fractura, tendo sido repetido o mesmo processo, 3 vezes, mas sem sucesso. Com 5 anos de idade dirigiram-se ao hospital de S. Tomé onde lhe foi diagnosticado Pseudartrose, contudo os técnicos, devido à falta de condições, aconselharam que a Sara fosse seguida em Portugal.

Aos 6 anos começou a ser seguida pela equipa de Ortopedia do Hospital D. Estefânia. Colocou pela primeira vez o aparelho de Ilizarov aos 8 anos de idade. A mãe refere que a Sara teve uma boa adaptação, uma vez que, já estava familiarizada com os tratamentos médicos. Aos 9 anos, foi novamente internada devido a uma fractura, tendo usado tala gessada para uma consolidação. Nesse mesmo ano, voltou a colocar o aparelho de Ilizarov. Com 10 anos, teve que ser novamente internada, para colocar “alongadores”, ainda nesse ano, colocou novamente o aparelho de Ilizarov.

A gravidez da Sara foi planeada e desejada por ambos os pais. A Mãe só descobriu que estava grávida aos 3 meses, uma vez que continuava a ter menstruação. Durante este período, a mãe sentia-se psicologicamente mais sensível, mas considera ter sido uma gravidez tranquila. Nasceu de parto normal, com 9 meses (a mãe não consegue especificar o número de semanas), com 2.900Kg. Após o nascimento não chorou, a mãe ficou muito assustada e confusa, mas passado algumas horas, os técnicos informaram-na de que estava tudo bem. Enquanto bebe era calma e bem disposta.

Foi amamentada ao peito, até aos 6/7 meses, nesta altura, foram introduzidas as papas, tendo havido uma boa adaptação, contudo sempre gostou mais de ser amamentada ao peito.

Dormiu no quarto dos pais até aos 9 anos de idade, segundo estes, porque tinha medo de dormir sozinha e porque tinha muitos pesadelos. Actualmente, dorme no quarto com os irmãos, mas de vez em quando vai ter ao quarto dos pais, sobretudo nas semanas anteriores

aos internamentos hospitalares, devido ao facto dos pesadelos se tornarem mais frequentes nesta altura. Os conteúdos dos sonhos são repetitivos, relacionam-se sobretudo com o facto de estar a ser raptada ou de lhe cortarem os pés.

Teve uma aprendizagem adequada e atempada face ao controlo dos esfíncteres.

O percurso escolar foi sempre prejudicado devido aos cuidados impostos pela patologia. Entrou para a escola aos 6 anos, actualmente frequenta o terceiro ano do primeiro ciclo. Beneficiou de apoio escolar, mas agora lê com facilidade e não precisa do acompanhamento. Os pais referem que a Sara teve sempre uma boa relação com os pares e com os professores, sendo que estes se mostraram sempre cooperantes face à situação da Sara.

A atitude dos pais face à situação da Sara é contraditória. O pai demonstra ser mais receoso face à autonomia motora da Sara, “Estou sempre com medo que ela caia, até já pedi à professora para que durante o recreio não a deixe sair da sala, ela podia lá ficar com uma colega, mas ela não para quieta, e os colegas podem empurra-la, mesmo sem querer”, a mãe nega esta atitude e defende que a Sara tem que ser como as outras crianças.

Face às perspectivas futuras, os pais referem o receio de que a Sara os culpe por esta situação, contudo mantêm a esperança de que vai ficar boa. A mãe manifesta ainda um sentimento de culpa por sentir que poderia fazer mais alguma coisa, embora não saiba bem o quê.

### **Síntese de observação da 1ª sessão**

Em primeiro lugar, importa referir que esta sessão realizou-se na fase final do internamento hospitalar, tendo sido solicitado às enfermeiras do serviço autorização para que esta pudesse dirigir-se, juntamente com a examinadora, ao gabinete de psicologia. Sendo ainda de referir que já tinha havido um contacto prévio, com a Sara e com a mãe, após uma consulta com o médico ortopedista, no sentido de divulgar e solicitar autorização para o estudo.

No contacto, no serviço de ortopedia, a Sara demonstra uma grande vontade de poder sair do serviço. Desloca-se com o apoio de canadianas, e usa o aparelho de Ilizarov. Usa um penteado com tranças africanas, com missangas coloridas nas extremidades trazendo vestido um top cor-de-rosa e uma saia de ganga curta. Demonstra-se entusiasmada face à primeira actividade, afirmando inclusive que gosta muito de puzzles, mas também gosta de jogar ao UNO. Revelou também prontidão durante a execução dos desenhos.

## **Matrizes Progressivas de Raven**

O tempo de execução foi de 10 min. Tendo obtido um Percentil 25, situando-se num limite inferior para a sua faixa etária.

### **Desenho Livre**

Começa por desenhar uma menina, fecha os olhos e suspira. Depois olha para a examinadora, enquanto desenha a segunda figura. Desenha a borboleta, a seguir a árvore, por fim desenha uma toca no tronco e diz “Aqui, era a família de passarinhos.” Por fim refere, “Éramos nós as duas a passear num jardim, depois de eu ter saído do hospital, e estávamos contentes. Acho que já está!” Acrescenta os pontos do aparelho de Ilizarov, “Eu a andar”.

#### **Análise:**

Podemos salientar, um desejo de aproximação, e de apelo, perante a representação de si própria e da investigadora. Parece fazer uma transposição, na execução do buraco no tronco da árvore, remetendo para um sentimento de lar, de pertença, que poderá remeter, simbolicamente, para o hospital.

### **Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough**

#### **a) Análise quantitativa**

No primeiro desenho, de um homem, obteve um percentil 4, revelando um resultado muito inferior para a sua faixa etária.

No segundo desenho, de uma mulher, verifica-se um percentil 9, revelando um resultado muito inferior para a sua faixa etária.

No terceiro desenho, de si próprio, registou um percentil 13, que mais uma vez revela um resultado inferior ao esperado para o seu grupo etário.

## b) Análise qualitativa

### Observação:

No primeiro desenho, pede a régua, de seguida começa a desenhar um menino, começando pela cabeça e desenhando o resto do corpo. “Este é o meu irmão”, escreve então o nome do irmão por cima (para podermos manter o anonimato, houve necessidade de apagar o nome do desenho referido, que é apresentado no anexo C).

No segundo desenho, de uma menina, pede novamente a régua, e começa a desenhar a cabeça, partindo para a execução dos braços, pernas. Coloca o nome em letras maiúsculas, tal como fez no desenho anterior e diz “É a minha melhor amiga!”.

No desenho dela própria, pede novamente a régua e segue mesma sequência dos desenhos anteriores, primeiro a cabeça, depois o corpo.

### Análise:

No primeiro desenho, de um menino, a Sara representa o irmão, que novamente aparece sobre a forma de uma figura pouco investida, revelando um sentimento de rivalidade fraterna.

Face à consigne “desenha uma menina”, a Sara desenha a sua melhor amiga, que aparece bastante investida, contrariando a representação anterior.

Face à última consigne, “Desenha-te a ti própria”, a Sara representa o aparelho de Ilizarov, tal como já tinha feito nos desenhos anteriores. Sendo este, um aparelho de uso temporário, e recente, não estará integrado na sua Imagem Corporal, consideramos por isso, que a sua representação através do desenho, denuncia um reconhecimento da sua fragilidade.

## **Desenho da Família Imaginária de Louis Corman**

Face à consigne da família imaginária, a Sara desenha a sua família real. Começa por desenhar a Irmã mais velha, depois de ter representado a perna direita mais comprida, apaga e tenta fazer ao mesmo nível. Desenha o pai, depois a mãe, desenha-se a ela própria e por fim o irmão. No final pergunto quem é que desenhou, e coloca o nome respectivo de cada um, começando por ela, seguindo a sequência da esquerda para a direita. Apaga os nomes dos irmãos e reescreve.

De acordo com Corman (1967), quando o sujeito, face à consigne da Família Imaginária, representa a sua Família Real, não poderemos aplicar o questionário que está associado a esta prova, pois este, só poderá incidir sobre o Desenho da Família Imaginária.

Da análise deste desenho, poderemos salientar o facto da representação da irmã ser mais investida. Há uma hesitação no desenho da perna da irmã, recorrendo ao uso da borracha, para a apagar, dando conta de um mecanismo de anulação que poderá indicar uma intenção de colocar na irmã o seu problema, denotando uma possível revolta, “Porque é que isto me acontece a mim e não aos outros?”. O desenho revela ainda uma clara consciência de não ser igual aos outros. O facto de representar o irmão mais novo em último lugar, sendo uma figura pouco investida, poderá remeter para um sentimento de rivalidade fraterna mais acentuado face a este. Contudo, dá a ideia de uma família presente e estruturada.

### **Síntese de observação da 2ª Sessão**

Esta sessão realizou-se cerca de uma semana após ter saído do hospital. Apesar de demonstrar vontade para iniciar a tarefa, rapidamente se dá conta de uma atitude de desagrado, e de uma postura defensiva que se traduz no tipo de respostas dadas, como poderemos verificar de seguida. Face ao Cartão IX, demonstra até uma atitude de maior aflição, levando as mãos à cabeça, inclinando a cabeça para trás, num movimento de recusa. No final desta prova, a examinadora tenta descentrar a atenção da Sara, da aflição que o Rorschach pareceu desencadear, perguntando como é que era a escola, quais os melhores amigos e quais os seus passatempos. Refere que o nome da sua melhor amiga e posteriormente diz que existem duas raparigas da outra sala que a chamam de “pata partida”, mas acrescenta que “são parvas e também ninguém gosta delas”. Nos tempos livres, em casa, brinca muito com o irmão “no outro dia, tirei o batom à minha mãe e fiz pintas ao meu irmão para parecer varicela! Ficou tão engraçado!”.

## **Análise do Protocolo de Rorschach**

### **Cartão I**

Começa por fazer uma projecção no interior, indiferenciando, mas depois explicita, rigidificando. Solicita imediatamente uma Representação de Si, rigidifica “ossos”, mas recupera, conseguindo centrar-se no eixo, dando uma Imagem de Si em G. Inicialmente, parece revelar uma Imagem de Si estruturada, mas logo de seguida, escorrega para um elemento depressivo “Tudo preto”.

### **Cartão II**

Dá entrada no cartão com uma expressão de recusa “Ah! Isso não sei”, introduzindo uma resposta em G, dando conta de uma recusa da relação “a borboleta”, partindo para uma crítica do objecto “Estas imagens são difíceis”. Procura controlar a emergência pulsional, inerente ao cartão, evitando o confronto com os vermelhos, procurando centrar-se na superfície da mancha, “as borboletas têm estas pintas... está com as asas abertas”. Por fim, introduz uma representação depressiva e danificante, que até aqui tinha vindo a evitar, “ Parece sangue, se calhar a borboleta aleijou-se”, mas que se tornou inevitável, no final da resposta, “danificando” o objecto que tinha construído.

### **Cartão III**

Na passagem ao cartão III, cuja solicitação remete para a Representação de Si face a um semelhante, manifesta novamente uma expressão de recusa “Não faço ideia”, ainda assim, consegue elaborar uma resposta, “Parecem pessoas”, na qual a identificação sexual não é possível, bem como a diferenciação. Não consegue definir uma relação, não se comprometendo com tal. Como no cartão anterior, torna a evocar o conteúdo “sangue”, após da nomeação de um elemento narcísico, “laço”.

Esta resposta parece dar conta do facto do sujeito, face à emergência de afectos muito fortes, não conseguir fazer uma diferenciação.

### **Cartão IV**

A incerteza “Se calhar”, que já tinha surgido nos cartões anteriores, é aqui introduzida como uma tentativa de diferenciar a projecção e percepção “Parece”. Apesar de conseguir definir o objecto “animal”, este é conotado com um aspecto de estranheza e de falta, que

surge na prova de escolhas, como estando incluído nos cartões de que gostou menos, “este macaco é muito esquisito, porque não tou a ver o braço dele. E os macacos não andam a saltar, saltam nas árvores, mas assim como nós não.”

A actividade física, o movimento, “saltar”, aqui projectado, parece colocar em dúvida. Demonstra um discurso um pouco confuso na medida em que oscila entre a projecção do macaco e ela própria.

### **Cartão V**

Apesar de projectar uma imagem coesa, não consegue explora-la.

### **Cartão VI**

Apreende a mancha na sua totalidade “árvore”, partindo para uma centração no eixo, através de um objecto forte e estabilizado “tronco da árvore”, manifestando logo de seguida uma necessidade de suporte “raiz”. Por fim, recorre a um elemento narcísico “as folhas da árvore”, que dá conta de uma fragilidade que numa primeira abordagem a esta prancha foi contrariada.

### **Cartão VII**

Face à apresentação do cartão VII, começa por focar o interior da mancha, embora implicitamente, uma vez que não enuncia o rosto, mas dá conta da sua presença, “É o cabelo de uma menina”, desta forma, denuncia a necessidade de investir os limites, investindo na superfície (limitações externas estão em perigo, e podem ser danificadas). Parte para uma centração no eixo “o risco que eles fizeram” como forma de estabilização, como resposta à depressividade interior. É ainda de referir, o facto desta prancha ter sido inserida na prova de escolhas como uma das pranchas que menos gostou, justificando com um conteúdo de deterioração “parece palha - de - aço”, que já tinha surgido anteriormente, no cartão II “se calhar a borboleta aleijou-se”.

### **Cartão VIII**

Dá entrada no cartão, através de uma nomeação imprecisa “aqueles bichos que têm quatro pernas e uma cauda”, manifestando, posteriormente, a dificuldade de delimitação dos contornos, recorrendo à projecção de um elemento sólido e robusto “rocha”, como tentativa de se estabilizar.

### **Cartão IX**

Na sequência das dificuldades de delimitação, que tinham vindo surgir nas respostas anteriores, face a um cartão tridimensional que solicita as projecções imaginárias de nível arcaico, quer sob a forma de personagens inquietantes, quer mais directamente na expressão simbólica da imagem materna pré-genital ou ainda a sua representação sexual primitiva, não consegue integrar os contornos. Torna-se um estímulo perceptível não tolerável, acabando por recusá-lo.

### **Cartão X**

A fragmentação e a dispersão que caracteriza este último cartão, cria uma necessidade de coesão dos perceptos num só, dando lugar à projecção de uma Imagem Corporal. Centra-se, primeiramente no eixo da mancha “o casaco”, elemento este que denota mais uma vez, a sensibilidade aos intramaculares. Ao enunciar “mas eu não estou a ver os braços dela, dele”, deixa transparecer uma projecção directa de si conotada com um sentimento de incompletude. É de referir ainda a necessidade proeminente ao longo da prova, de uma representação corporal, que nesta prancha, cuja solicitação remete para conteúdos fragmentados, é dificultada e que do ponto de vista formal faltam elementos, acabam por deixa-la perturbada. Termina com uma tentativa de um investimento positivo, dotado de poder, mas que do ponto de vista narcísico acaba por ser desvalorizado “feias”.

### **Síntese da análise do Protocolo de Rorschach**

No presente protocolo, observa-se um predomínio de um discurso defensivo, o que se verifica sobretudo pela incerteza manifestada nas respostas.

A Representação Corporal, surge, na sua maioria, associada a sentimentos de falha, incompletude e de deterioração, como podemos observar no cartão II “Se calhar a borboleta aleijou-se”.

Existe uma grande frequência do recurso a elementos de cariz narcísico, perante Representações Corporais sentidas como fragilizadas e danificadas “As folhas da árvore”.

A contração no eixo “o tronco da árvore”, “a rocha”, surge como tentativa de procura de suporte, de estabilização, face a uma Representação Corporal que emerge como inquietante.

A sensibilidade periférica é bastante acentuada ao longo do protocolo, dando conta da fragilidade dos limites corporais “o cabelo de uma menina”, “casaco”.

A Dimensão Relacional surge apenas no cartão III, de forma bastante defensiva, que parece dar conta de um sentimento de perigo que poderá estar implícito “Sangue”, não se comprometendo “a fazer qualquer coisa”.

A ausência de diferenciação sexual, surge, no contexto relacional, como se observa no cartão III “Parecem pessoas”, pouco claras quanto à sua pertença, masculina ou feminina.

### **Síntese Geral**

Relativamente à primeira prova, de avaliação cognitiva, Matrizes Progressivas de Raven, cujo resultado se inscreve no percentil 25 para a sua faixa etária, poderá estar associado ao facto de não ter sido devidamente estimulada ao nível do raciocínio lógico, uma vez que o número de internamentos hospitalares e o facto de ter que permanecer em casa, sem ir às aulas poderá ter comprometido o desenvolvimento nesta área.

No Desenho Livre, é de salientar o conteúdo latente desta representação, em que parece manifestar um pedido de ajuda perante o sofrimento causado.

No Desenho da Família Imaginária de Louis Corman, é realçar o sentimento de rivalidade fraterna que poderá estar associado a uma insegurança e revolta, pelo sentimento de fragilidade que demonstra.

O desenho da Figura Humana de Harris Goodenough, na análise quantitativa, revela um desenvolvimento muito inferior ao esperado para a sua faixa etária., Ainda assim, nos três desenhos, verifica-se um aumento crescente na pontuação percentilica desde o primeiro desenho.

Da análise qualitativa, observa-se a rivalidade fraterna, no primeiro desenho, reforçando a acentuação da fragilidade face à Imagem de Si, no desenho de si própria.

No Teste de Rorschach, observa-se uma certa aflição e uma atitude defensiva, que se relaciona com o sofrimento que a representação corporal desencadeia, nomeadamente pela angústia que a imprecisão dos limites origina, como se pode verificar no cartão IX, desencadeando um mecanismo de evitamento do mesmo.

Em suma, a Sara revela uma atitude de grande empenho nas provas, excepto no Rorschach, o que se associa ao sofrimento que desencadeou, anteriormente descrito. Face ao sofrimento que a patologia desencadeia demonstra uma grande procura de suporte que parece transposto para a relação com a examinadora.

## **Estudo de Caso - Susana (Anexo D)**

### **Dados anamnésicos**

A Susana é uma adolescente de 13 anos, de raça caucasiana. Actualmente habita com a mãe e com os irmãos. É membro de uma fratria de dois irmãos, o irmão mais velho tem 17 anos e a irmã mais nova tem 6 anos.

Aos dois meses, o pai notou que a Susana tinha um pequeno desvio da perna, consultou o médico de família que a referenciou para a Santa Casa da Misericórdia para fazer uma Radiografia. Posteriormente foi enviada para o Hospital D. Estefânia, tendo sido acompanhada pela equipa de Ortopedia, onde lhe foi diagnosticado Pseudartrose Congénita da Tíbia. A mãe refere que quando o médico lhe explicou em que consistia a doença, chorou muito, mas manteve sempre a esperança, “O que me custou mais foi o meu marido me ter acusado de eu ser a culpada pela doença dela, porque ele dizia-me que podia ser devido à minha doença, Psoríase”.

A mãe, refere que durante os internamentos hospitalares da Susana era a mãe que dava apoio às outras mães.

Aos 2 anos, a Fisiatra propôs a amputação, a mãe refere que ficou muito revoltada. Contudo, o médico Ortopedista opôs-se e procedeu a uma intervenção cirúrgica para a colocação do aparelho de Ilizarov. Face a este primeiro internamento, a Susana demonstrava um comportamento muito agressivo para com os médicos e enfermeiros, recusando ser “picada”. Aos 8 anos foi novamente internada para colocar o aparelho de Ilizarov. Aos 6 anos foi internada para colocação do aparelho de Ilizarov e osteotomia da tíbia. Aos 12 anos foi novamente internada para colocação de placas.

A gravidez da Susana não foi planeada, mas foi desejada por ambos os pais. Os medicamentos que a mãe tomava para a psoríase anularam o efeito dos contraceptivos. A gravidez foi tranquila com uma duração de 36 semanas. Nasceu de parto normal, com 3.220Kg. Enquanto bebe era sossegada e dormia bem.

Foi amamentada ao peito até aos dois meses, uma vez que a mãe ficou sem leite. Tanto o biberão como as papas foram introduzidos sem dificuldade.

O controlo dos esfíncteres foi adequado, contudo, houve uma regressão desta aquisição, devido ao facto de ter sido internada pouco tempo depois, para colocação do Ilizarov. Contudo, a mãe refere que conseguiu reeduca-la após o internamento.

Começou a dormir sozinha com um ano de idade. Normalmente tem um sono agitado, fala de noite, mas não se consegue perceber o conteúdo.

Relativamente ao percurso escolar, nunca frequentou o jardim infantil, ficou sempre com a mãe. Entrou para a escola com 6 anos, tendo uma boa adaptação. No 2º ano do 1º ciclo, foi prejudicada no rendimento escolar, tendo que repetir o ano, devido ao facto de ter sido internada. Reprovou mais uma vez no 5º ano de escolaridade, devido ao facto de ter que permanecer durante um mês em casa, após o internamento hospitalar.

Relativamente aos passatempos, gosta de dançar e de estar com os amigos e também gosta de brincar com a irmã mais nova.

A mãe mantém a esperança, e acha que a filha vai ficar boa, referindo mesmo, “Se me vejo livre deste hospital, até digo que é mentira!”

### **Síntese de observação da 1ª sessão**

A Susana tem cabelo preto, pelos ombros, usando roupa desportiva, e desloca-se com a ajuda de canadianas. Apresenta um ar tímido, embora favoreça o contacto com a examinadora.

A Susana chega ao gabinete acompanhada pela mãe e pela irmã mais nova, veste-se de forma desportiva, e estabelece um contacto fácil, embora tenha um olhar cabisbaixo, dificultando um contacto visual inicial. Conta que ainda que se lembrava do gabinete (uma vez que já tinha tido apoio psicológico no mesmo) e que costumava brincar com as bonecas que ali se encontram expostas.

Adere com facilidade à execução das Matrizes de Raven, mostrando-se, porém, mais indecisa, no Desenho Livre, levando bastante tempo na escolha da temática e na execução do mesmo. Após o pedido do desenho dela própria demonstra-se bastante apreensiva, demorando também bastante tempo. No final, a mãe entra no gabinete e enquanto combino a próxima sessão, a Susana dirige-se, juntamente com a irmã mais nova, para junto dos brinquedos, fazendo uma trança numa das bonecas que tinha indicado anteriormente.

## **Matrizes Progressivas de Raven**

Demonstrou interesse e motivação no desenrolar da actividade. O tempo de execução foi de 10 min. Tendo obtido um Percentil 25, situando-se num limite inferior para a sua faixa etária.

## **Desenho Livre**

Embora, o Desenho Livre, nesta idade não tenha um valor projectivo tão relevante, devido ao facto de já se poder perceber que existe uma intenção de avaliação por parte do examinador, parece manifestar uma atitude defensiva, desenhando o seu próprio nome, em letras gordas coloridas, com flores e corações em torno do mesmo, ocupando toda a folha (para que possa ser preservado o anonimato, este desenho não foi colocado e anexo).

## **Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough**

### b) Análise Quantitativa

No primeiro desenho, de um homem, obteve um percentil 18 para a sua faixa etária, situando-se num nível bastante inferior.

No segundo desenho, de uma mulher, obteve um percentil 37, situando-se num limite inferior ao esperado para a sua faixa etária.

No terceiro desenho, de si próprio, verificou-se um percentil mínimo de 1 relativamente à sua faixa etária.

### c) Análise Quantitativa

Face à primeira consigne, “Desenha um rapaz”, começa pela execução dos ombros, depois, do pescoço e por fim a cabeça. Quando inicia o desenho dos ombros, apaga e desenha novamente, sem voltar a usar a borracha.

No segundo desenho “Desenha uma rapariga”, segue a mesma sequência, começa por desenhar os ombros depois o pescoço, a seguir a saia, as pernas, e finalmente a cabeça.

No terceiro, “Desenha-te a ti próprio”, suspira e diz “Ai! Não consigo, vai sair mal”, digo-lhe que não faz mal, pode desenhar como quiser, “Posso desenhar só a cabeça?”, digo-

lhe que pode fazer como ela quiser. Começa por desenhar o contorno inferior, depois o cabelo, os olhos, apagando o olho esquerdo e desenhando novamente. De seguida desenha o nariz, e por fim a boca, que no início da execução volta a apagar.

Nos dois primeiros desenhos, as representações surgem de forma adequada, face à sua idade. As figuras surgem valorizadas. Contudo, face à representação de si própria, ao pedir se pode desenhar só a cara, dá conta de um mecanismo de deslocamento, mas também de um mecanismo de evitamento do próprio corpo, que poderá estar associado à angústia com que este é vivido.

### **Síntese de observação da segunda sessão**

Nota-se um maior à vontade com a examinadora, demonstrando uma postura serena, que parece ter sido apenas abalada face ao cartão VI, em que se demonstrou um pouco mais ansiosa, por não se lembrar do nome “dragão”. No final, a examinadora tenta estabelecer uma conversa para descentrar um pouco da carga emocional que o Rorschach habitualmente desencadeia. É-lhe questionado quais as coisas que mais gosta de fazer. Diz que gosta muito de dançar e cantar, inclusivé, diz que vai dançar num espectáculo da escola. Refere que gosta muito de ver os Morangos com Açúcar e que uma das suas personagens preferidas é a actriz que representa um papel mais radical.

### **Análise do Protocolo de Rorschach**

#### **Cartão I**

Face ao primeiro cartão, manifesta um comportamento defensivo, não se comprometendo, conseguindo, deste modo, elaborar uma imagem definida mas não investida. Contudo, no inquérito, dá conta de um investimento nos limites, dando a ideia de uma imagem confusa, terminando com um comentário “...é costume ter os braços assim pequeninos” assinalando uma fragilidade.

### **Cartão II**

Perante um cartão de estrutura bilateral, a Susana projecta uma Imagem Corporal, desadequada, em que a projecção é invadida pela percepção. Apesar de tentar elaborar e organizar a imagem através de elementos organizadores “gordinhos”, os limites caem. Emerge a incapacidade de diferenciar o eu do outro pela apreensão desadequada em G.

### **Cartão III**

A abordagem da prancha III é acompanhada da evocação de “duas personagens”, evidenciando a ausência de diferenciação sexual, cuja acção projectada “a pegar num cesto”, remete para uma tentativa de apoio. A esta acção, segue-se uma mudança de apreensão para os D’s vermelhos superiores, cujo conteúdo latente induz a um movimento pulsional, que é estatizado, congelado sob a forma de “quadros”. No inquérito de limites, emerge mais uma vez a dificuldade de diferenciação, bem como a perda de limites “está aqui o lacinho que faz parte do cesto”, tentando unir o que está separado.

### **Cartão IV**

Com um tempo de latência mais reduzido, começa por apreender a mancha sob a forma de uma imagem de uma figura mítica forte, de potência, “Um gigante”, mas logo de seguida é-lhe atribuído um movimento progressivo de Desvitalização “sentado numa cadeira”, “boneco animado”, “asinhas pequeninas”.

### **Cartão V**

Inicia a apreensão da mancha com uma conotação crítica, contudo dá uma imagem desrealizada “coelho voador”, movimentando-se para uma percepção mais confusa, dando lugar a uma contaminação da imagem “Um homem a pegar em dois crocodilos”. Esta última apreensão é reveladora de um movimento regrediente, a uma agressividade oral - sádica. Deste modo, o tipo de apreensão induzida por este sujeito revela a sua incapacidade de se constituir nos organizadores essenciais.

### **Cartão VI**

Este cartão parece constituir um estímulo pouco tolerável, gerador de ansiedade. Inicialmente, apesar de descrever a figura pretendida “um dragão”, isso causa-lhe ansiedade, dando lugar à figura de um animal, o lobo, num movimento progrediente, voltando a um

movimento regrediente, um dinossauro, revelando uma dificuldade de organização. No inquérito de limites, as imagens de potência anteriormente evocadas, surgem agora desvitalizadas e desvalorizadas, respectivamente “Pronto! Caiu!”, “o lobo às vezes é despenteado”. Vai desinvestindo da apreensão, fazendo isolamentos sucessivos, estreitando a sua percepção “bigodes”.

### **Cartão VII**

Inicia a apreensão da mancha com uma referencia a figuras míticas “anjos”, partindo para objectos desvitalizados, “estátuas” e inanimados, “candeeiros”. No inquérito de limites emerge a dificuldade de separação individuação e de indiferenciação, “dois anjos”, “Uma estátua junta, pegada ao meio”, “estão pegadas”.

### **Cartão VIII**

Face um cartão que apela a um movimento regressivo, consegue elaborar uma imagem inicial adequada, contudo induz a uma sequencia crescente de agressividade através das imagens evocas “gatos, ursos, monstros”, que no inquérito de limites assumem uma total Desvitalização “o muro antigo”, “os ursos em forma de estátua”. Por fim o “monstro a pegar nos gatos”, cuja acção “pegar” parece desempenhar um papel de contenção de um impulso de cariz destrutivo.

### **Cartão IX**

Apreende o cartão, sob a forma de um boneco inanimado, frágil e desvitalizado, o que induz a uma perda de possibilidade de elaborar uma diferenciação bem conseguida.

### **Cartão X**

A passagem a um estímulo fragmentado, induz a uma instabilidade do objecto percebido, induzindo a um, movimento regrediente das imagens evocadas, como por exemplo no caso dos “golfinhos”, animais evoluídos, induzindo a um movimento de rigidificação e de acento nos limites “o caranguejo”, passando para os peixes, animal mais regressivo. Enumera os barcos, mas acrescenta um conteúdo de deterioração “afundados”, tentando restaurar, criando uma alternativa “submarinos”. A partir desta percepção induz a um movimento regressivo através de uma hierarquia de imagens enunciadas, “camarões”,

dando conta de um interior pouco consistente e “algas” que induz a um movimento mais frágil e mais regressivo, perdendo a consistência.

### **Síntese da análise do Protocolo de Rorschach**

Existe um grande acento na temática da Desvitalização.

Os conteúdos pele, são também muito frequentes e emergem neste protocolo sob vários elementos: “carangueijo” “camarões”, “a roupa”.

A projecção da Dimensão Relacional, no cartão III, surge associada a um retraimento pulsional “Duas personagens”, partindo para um movimento de estatitização de uma pulsão destrutiva que poderia emergir “um quadro”.

As dificuldades de Separação - Individuação, encontram-se muito presentes, por exemplo, “uma estátua junta, pegada ao meio”.

### **Síntese Geral**

Nas Matrizes de Raven, apresenta um resultado inferior á sua faixa etária, embora se tenha demonstrado bastante concentrada.

O Desenho Livre, foi possível perceber um comportamento defensivo, mas também um certo perfeccionismo na execução do mesmo.

O Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough, revela, na sua análise quantitativa dos três desenhos, valores percentilicos muito inferiores ao esperado para a sua faixa etária, sendo de salientar facto de ter obtido um valor mínimo na Imagem de Si, uma vez que se limitou à representação da cabeça.

Na análise qualitativa, observa-se sobretudo um comportamento defensivo face à representação de si própria, ao mesmo tempo que demonstra mais uma vez a tentativa de perfeição, mas também de angústia, revelando mais tempo na execução do mesmo.

No Rorschach, embora tenha demonstrado alguma serenidade na sua postura, o protocolo, revela um recurso frequente de mecanismos defensivos, como a Desvitalização, que tentam conter pulsões mais agressivas e que revelam sentimentos de desvalorização da Imagem de Si.

Em suma, a Susana, demonstra uma postura contida e tímida. Observando-se frequentemente uma atitude defensiva nos testes projectivos, nomeadamente, face às temáticas de Representação Corporal.

## Discussão dos Resultados

Para este estudo, partimos do princípio de que o diagnóstico de Pseudartrose Congénita da Tíbia iria ter implicações negativas ao nível da Representação de Si, uma vez que esta patologia impõe uma série de factores como: limitações ao nível motor, condicionantes estéticas, sucessivos internamentos hospitalares, tratamentos dolorosos, com possibilidades de tratamento limitadas. Assim, esta patologia, iria condicionar o tipo de investimentos afectivos nestes sujeitos, pedra angular no desenvolvimento da Representação de Si, tendo em conta os factores, relativos a esta patologia, anteriormente mencionados.

Com uma amostra reduzida a três crianças, a seguinte análise de resultados e posterior extrapolação dos dados, têm que assentar necessariamente sobre um critério de prudência, deste modo, focaremos inicialmente a nossa análise sobre as observações comuns verificadas na avaliação dos três sujeitos.

Importa referir primeiramente, que os resultados obtidos nas Matrizes de Raven, nos três sujeitos, deram conta de um desenvolvimento cognitivo suficiente, que nos permite validar os dados obtidos através dos testes projectivos.

No Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough (1982), cujo objectivo incide na análise da Imagem Corporal, e de acordo com aquilo que se esperava, a Representação de Si próprio, reflecte sentimentos de fragilidade e de angústia.

A base da “imagem do corpo”, de acordo com Braconnier & Marcelli (1983/2005), é afectiva, e a sua organização depende da ontógenese das pulsões libidinais e agressivas. Schilder (1971, citado por Braconnier & Marcelli 1983/2005), defende que, tudo o que pode haver de específico nas estruturas libidinais reflecte-se na estrutura do modelo postural do corpo.

Pudemos por isso, considerar que os resultados observados na Imagem de Si, poderão ser um indício do modo pouco harmonioso como estas crianças se desenvolveram ao nível emocional.

Tal como propusemos inicialmente, a análise dos protocolos de Rorschach, incidiu sobre os aspectos reveladores da Representação de Si, que como Boizou & Traubenberg

(1984/1999) preconiza, engloba a expressão da Dimensão Corporal, o tipo de Relação investida, a Procura de Identificação que remete para a capacidade de diferenciação de si face ao meio e a Identidade sexual projectada.

A **Dimensão Corporal**, surge associada a um sentimento de desvalorização e de deterioração da Imagem de Si, com mecanismos de compensação narcísica, cuja manifestação difere entre os protocolos, mas cujo objectivo converge numa tentativa de colmatar o sentimento de falha, sentido pelos três sujeitos.

Para Marcelli (1982/2005), a lesão do esquema corporal, ou antes, do “Sentimento de Si” no seu sentido mais abrangente, depende da gravidade, da duração e da natureza da desvantagem imposta pela doença, mas esse sentimento é frequentemente, de corpo imperfeito, falível e defeituoso.

Se tivermos em conta, que não há no Rorschach a projecção do corpo próprio conhecido, objecto da actividade cognitiva, mas sim do corpo vivenciado, objecto e sujeito de actividade afectiva (Traubenberg & Boizou, 1984/1999), estes resultados poderão ser um indício de vivências emocionais pouco equilibradas, sobretudo do ponto de vista dos investimentos afectivos e narcísicos equilibrados.

A **Dimensão Relacional**, ou seja, o posicionamento do sujeito perante o outro, surge nos três protocolos, embora a diferentes níveis, num contexto de dano, de destrutividade, o que parece dar conta de um sentimento de ameaça face ao outro. Por exemplo, no cartão III, no protocolo da Sara, “ Parecem pessoas, isto aqui, (aponta para o meio, D3) é um laço, isto é sangue”. No protocolo do Miguel “Os gémeos estão a rasgar o balde (D9) ”, relativamente ao protocolo da Susana em resposta ao mesmo cartão “Duas mulheres com patas de animais e a agarrar um monstro...”. Sendo de referir que, excepto no caso do Miguel, este sentimento de perigosidade na relação com o outro desencadeia um mecanismo de retraimento pulsional.

Ponderamos o facto de que o sentimento de desvalorização da Imagem de Si anteriormente referido, poderá fazer com que estes sujeitos se coloquem em causa perante a relação com o outro, originando sentimentos de ameaça, desencadeando um retraimento pulsional como forma de se proteger. Embora esta projecção não possa ser transposta de forma directa na realidade, esta dificuldade na relação com o outro poder factor, poderá assim, constituir um indício de dificuldades nas relações com os outros.

Num estudo realizado por Barton et al (2004), em 79 sujeitos diagnosticados com Neurofibromatose do tipo 1, com uma idade média de 11.6, observou-se uma forte tendência para baixas competências sociais.

Colocamos ainda em hipótese que este posicionamento face à relação exterior, poderá estar relacionado com um possível sentimento de sobreprotecção por parte dos pais que contribui para um sentimento de ameaça e receio perante as relações exteriores.

**O carácter de diferenciação entre si e o outro**, embora com expressões diferentes nos três protocolos, revela dificuldades ao nível da Separação - Individuação, “Uns gémeos”, “Duas Estátuas juntas”, o que comporta em si, a fragilidade dos limites reforçada pelos conteúdos pele que são também predominantes nos três protocolos.

Um estudo realizado por Anthony et al. (2003), concluiu que o aumento do grau de consciencialização por parte dos pais face à gravidade da doença do filho, provoca um aumento de stress e de ansiedade, induzindo a atitudes de sobreprotecção.

Os tratamentos a que estes sujeitos são submetidos, implicam que haja uma dependência face ao cuidador, entre os quais se incluem o uso do aparelho de Ilizarov.

Hrutkay & Eilert (1990) num estudo com crianças que usavam o aparelho de Ilizarov, observaram que, durante este período, 25% dos sujeitos mostraram sinais de regressão, ou tornaram-se extremamente dependentes das pessoas responsáveis pelos seus cuidados.

Assim, pudemos deduzir, que as condições de dependência que esta patologia favorece, parecem ter desencadeado nestes sujeitos, uma dificuldade ao nível do processo de Separação - Individuação, assim como na diferenciação do Eu - Outro.

A **Identificação Sexual** indiferenciada, “Duas Pessoas”, “Uns personagens” foi também verificada protocolos da Sara e da Susana. Este factor poderá ser uma consequência do retraimento pulsional que surge no contexto relacional, atrás referido.

Debrucemo-nos agora, sobre o estudo individual de cada um dos três casos. Começamos pelo caso do Miguel, de 5 anos, cuja Dimensão Corporal, surge associada a um sentimento de angústia que se torna intolerável, suscitando por isso um mecanismo de fuga e o seu evitamento, tal como observámos nos resultados do desenho da Figura Humana de Harris Goodenough, no Desenho da Família Imaginária de Louis Corman e no Rorschach, “Eu vou para o Hawai”. A análise quantitativa da Figura Humana de Goodenough, permite-nos também confirmar este sentimento, através do decréscimo de investimento no auto-retrato, no qual obteve um percentil inferior.

Importa referir que a Imagem Corporal, resulta, como temos vindo a mencionar ao longo do trabalho, das relações objectais e das experiências que o sujeito vivencia. Deste

modo, torna-se importante evidenciar o sofrimento que surge face à Representação Familiar no desenho da Família Imaginária de Louis Corman.

A par do sentimento de fuga referido, observou-se uma certa irrequietude (balanceando o corpo, enquanto sentado), que parece adquirir sentido quando observamos que os conteúdos apreendidos nesta altura, se caracterizam por imagens assustadoras “(H)”, “bruxas”, “monstros”. Estes conteúdos coexistem numa indiferenciação de perseguidor perseguido. Deprendemos por isso, que estes conteúdos parecem reflectir uma Imagem de Si inquietante e assustadora, revelando a impossibilidade de uma Representação de Si positiva, numa relação securizante.

Torna-se aqui importante lembrar que na altura da avaliação, o Miguel tinha saído do internamento hospitalar, no qual colocou o aparelho de Ilizarov, há uma semana. Os pais referem que a partir desta altura, o Miguel tem dormido de forma mais agitada, tendo pesadelos com “o lobo mau”. Assim, esta experiência recente poderá estar na origem do desequilíbrio de segurança interno projectado no Rorschach.

A Dimensão Relacional, no teste de Rorschach, quando evocada, no cartão III surge num contexto de agressividade “estão a rasgar o balde” e sob a forma de relação em espelho “uns gémeos”. A relação em espelho predomina ao longo do protocolo “A gémea da Bruxa” e parece revelar uma dificuldade ao nível do processo de separação - individuação.

De facto, na entrevista anamnésica o pai refere “o irmão tende a protegê-lo e os colegas de escola também”, o que dá conta da consciência por parte dos pais, do risco que o Miguel corre e da necessidade de protecção que este necessita.

Assim, se por um lado poderemos associar esta dificuldade de Separação - Individuação ao facto do Miguel ter um irmão gémeo, não podemos ignorar o facto de esta patologia desencadear nos pais uma atitude de sobreprotecção dificultando a sua autonomia.

Por sua vez, podemos também considerar a hipótese de Chabert (2000), em que as relações em espelho parecem constituir uma fuga às tensões psíquicas nascidas da diferenciação e da confrontação entre o Ego e o Ego Ideal, que corresponde à imagem desejada e idealizada. Por conseguinte, parece haver um evitamento do confronto com uma Imagem de Si, revestida de sofrimento.

Incidiremos agora, no estudo da Sara, cuja Imagem Corporal, surge, nos desenhos, com uma grande tendência para evidenciar a sua fragilidade, em comparação com os outros dois casos. Verifica-se, contudo, um desinvestimento global das representações corporais,

como se verifica através dos valores inferiores obtidos na análise quantitativa do Desenho da Figura Humana de Harris Goodenough.

No Rorschach, a luta contra a angústia imergente na projecção da Imagem Corporal, conduz a estruturas globais forçadas, que se tornam desadequadas, nomeadamente no cartão X. Neste protocolo pode-se verificar ainda uma projecção da actividade corporal que a coloca em dúvida, como podemos observar no inquérito de limites, relativamente ao cartão IV “E os macacos não andam a saltar, saltam nas árvores, mas assim como nós não”.

Uma vez que se observa uma projecção da Imagem Corporal muito directa neste protocolo, poderemos pensar que esta dúvida poderá estar relacionada com as dificuldades motoras que esta patologia impõe.

É de referir, a necessidade que a Sara demonstrou, de uma tentativa de suporte, de apelo, que se pôde observar também no protocolo de Rorschach, através de uma centração no eixo “O risco que eles fizeram”, como se observa no cartão VII, mas também no Desenho Livre, em que esta tentativa de procura de suporte é transposta para a examinadora. As dificuldades observadas a este nível, parecem ser confirmadas por um comportamento mais infantil, tendo em conta que este tem implícito uma maior dependência, que demonstra na relação com a terapeuta, e na maior proximidade com o irmão mais novo.

O discurso dos pais face às dificuldades de autonomia da Sara surge aqui manifestado de forma bastante directa, nomeadamente na idade tardia, aos 9 anos, com que a Sara deixou de dormir no quarto dos pais. Por sua vez, o pai refere ainda, “Estou sempre com medo que ela caia, até já pedi à professora para que durante o recreio não a deixe sair da sala, ela podia lá ficar com uma colega, mas ela não para quieta, e os colegas podem empurra-la, mesmo sem querer”.

Na Susana, a projecção da Imagem Corporal surge, no auto-retrato, com um mecanismo de evitamento face à representação corporal, o que sugere que há uma tentativa de controlo para evitar a angústia que lhe parece suscitar. Os valores percentilicos inferiores obtidos nos três desenhos, em especial no desenho de si própria parece confirmar essa angústia, levando a um grande desinvestimento dos detalhes.

No Rorschach, observa-se igualmente um grande controlo pulsional, que se traduz numa frequência elevada do mecanismo de Desvitalização, “Um boneco animado, tipo desenhos animados”.

De acordo com Chabert (2000), a Desvitalização, dá conta de uma recusa em reconhecer a interioridade pulsional, próprio das personalidades narcísicas. Torna-se aqui importante reforçar que os mecanismos de defesa narcísicos têm como objectivo ocultar as fragilidades sentidas pelo sujeito.

Assim, parece haver na Susana uma grande tentativa de controlo das pulsões como forma de evitar o sofrimento que a representação corporal parece desencadear.

Em suma, este estudo permitiu-nos perceber como é que uma doença crónica como a Pseudartrose Congénita da Tíbia, pelas condições que reúne, constitui uma forte possibilidade de desencadear uma desestabilização emocional, que se repercute numa Imagem de Si negativa.

### **Limitações do Estudo**

O presente estudo, revela algumas limitações. A primeira, remete para o reduzido número de pessoas que compõem a amostra, o que nos impede de generalizar os resultados para este tipo de população.

A ausência de homogeneidade das idades e do género dos sujeitos, também constitui uma limitação, comprometendo uma certa coerência nos resultados.

O facto de as provas terem sido aplicadas no hospital em que os sujeitos são seguidos, poderá ter provocado um aumento de ansiedade quando deparados com estímulos que apelam para a projecção corporal, que tal como se pôde observar, deram conta de um grande sentimento de angústia.

## **Proposta Terapêutica**

Este trabalho, possibilitou-nos, através de uma análise mais aprofundada, ter uma compreensão da dinâmica da Representação de Si dos sujeitos implicados neste estudo. Assim, parece-nos importante apresentar uma reflexão de medidas terapêuticas à luz dos resultados verificados nesta investigação.

Observou-se neste estudo, como o desenvolvimento emocional dos sujeitos parece ter sido afectado pelos factores que se associam à Pseudartrose Congénita da Tíbia.

Sendo a Pseudartrose Congénita da Tíbia, uma doença extremamente rara, torna-se desde logo importante informar os pais acerca de todos os recursos que poderão ter disponíveis, o que poderá contribuir para que haja uma melhor gestão da ansiedade.

Pudemos verificar como a Imagem Corporal aparece comprometida na sua valorização e como o desenvolvimento do processo de Separação - Individuação se tornam dificultados, pelo reforço de dependência que as experiências de hospitalização implicam, assim como a ansiedade que se pode gerar por parte dos pais face a uma possível queda destas crianças levando a atitudes de sobreprotecção.

Deste modo, parece-nos importante que haja, desde o diagnóstico da doença, uma articulação entre a equipa médica e os técnicos de psicologia. A Intervenção do Psicólogo incidiria primeiramente, numa avaliação da família e da criança, para posteriormente delinear uma estratégia terapêutica, com base na mesma.

Torna-se importante que se realize um trabalho de luto do filho idealizado, com os pais, para que se possa promover a aceitação deste tal como ele é. Como observámos ao longo deste estudo, esta torna-se uma condição fundamental para que haja uma valorização e aceitação da própria criança. A estratégia do Psicólogo terá que passar também por promover, junto dos pais, o processo de autonomia das crianças, de uma forma saudável.

Contudo, o método projectivo aplicado neste estudo permitiu-nos uma análise mais fina, dando conta de uma dinâmica emocional afectada. Consideramos, por isso que as provas projectivas utilizadas, no seu conjunto, constituem uma mais-valia na avaliação da dimensão emocional destas crianças.

De acordo com Barros (2003), a reacção adaptativa ou desadaptativa da criança vai depender, em parte, da sua capacidade para compreender e dar significado à doença, e para utilizar processos de confronto adequados. Por isso, torna-se fundamental nas crianças mais pequenas, que haja um trabalho de preparação antes dos internamentos hospitalares.

Dado o sofrimento a que estas crianças são sujeitas, torna-se fundamental que em contexto terapêutico, se possa promover a expressão dos seus sentimentos, nomeadamente através de técnicas expressivas como o desenho, ou o brincar. Este trabalho também se torna fundamental durante os internamentos hospitalares, nas Unidades de Ortopedia.

O desenvolvimento de recursos internos nos pais, para lidar com a situação desta doença dos filhos, poderia passar pela inserção em terapias de grupo, ou reuniões. De acordo com Leal (2005), as terapias grupais, permitem uma partilha de experiências comuns, habitualmente dolorosas e de consequências extensas, podendo perceber que não são únicas e que outros indivíduos com problemas semelhantes encontraram ou estão em vias de encontrar soluções ou formas mais ajustadas de lidar com problemáticas idênticas. Deste modo, o grupo torna-se um factor de suporte considerável, muitas vezes promotor de importantes mudanças de atitudes individuais e de desenvolvimento de acções comuns.

Uma vez que esta patologia é muito rara, seria difícil constituir um grupo com elementos suficientes, por isso, uma das soluções passaria pela criação de um grupo de pais com outras patologias raras com características idênticas.

Pensamos que o desenvolvimento de iniciativas, tais como a criação de campos de férias, que permitissem o convívio de crianças e adolescentes na mesma situação, poderia promover benefícios semelhantes aos das terapias de grupo atrás mencionadas.

## Conclusão

Parece-nos importante, reafirmar o facto de que o método utilizado neste estudo, escapa à categoria de investigação experimental e, por isso, não permite elaborar expressões quanto a eventuais relações de causa - efeito.

Ainda assim, a análise dos resultados obtidos no estudo desta amostra, permite-nos considera-los como sugestivos da forma como uma doença ortopédica rara, como a Pseudartrose Congénita da Tíbia, parece ter condicionado a sua expressão emocional, nomeadamente, na representação gráfica da Imagem Corporal e na projecção da Dimensão Relacional.

Pudemos observar uma Representação Corporal, sentida como desvalorizada e deteriorada, reflectindo experiencias emocionais pouco gratificantes.

O Teste de Rorschach, permitiu-nos uma análise ainda mais aprofundada acerca da Dinâmica Corporal, tendo-se verificado ainda, um forte acento nos limites, nos três protocolos, que surge associado a dificuldades ao nível do processo de Separação - Individuação. Assim, esta patologia parece reunir condições que dificultam a promoção de autonomia dos sujeitos.

A Dimensão Relacional, ou seja, o posicionamento do sujeito face ao outro, desencadeia sentimentos de ameaça e só é concebida num contexto de dano. Este resultado, parece associar-se a um investimento narcísico fragilizado, assim, perante o outro, o sujeito só poderá obter uma atitude negativa do outro.

## Referências Bibliográficas

- Aguiar, E. (2004). *Desenho Livre Infantil: Leituras Fenomenológicas*. Rio de Janeiro: E Papers.
- Anderson, G., Niemelä, B., Tjernstöm, B., & Wahlsten, V. (2007). Does legh lengthening pose a threat to a child's mental health?. *Journal of pediatric orthopedics* 27, 611-617.
- Anthony, K. K., Gil, K. M., & Schanberg, L.E. (2003). Brief report: parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of pediatric psychology*, 28, 185-190.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva Desenvolvimentista* (2ªed). Lisboa: Climepsi
- Barton, B., & North, K. (2004). Social skills of children with neurofibromatosis type 1. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 553-563.
- Barton, B., & North, K. (2007). The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child care and health development*, 33, 401-408.
- Bongiovanni, J. C., Catagni, M. A., Engelen, C. L., & Catagni, M. A. (1996). Tratamento da pseudartrose congénita da tíbia (pct) pelo método de Ilizarov. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 31, 625-631.
- Capisano, H. (1992). *Imagem Corporal* (pp. 179-192). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1998)
- Coelho, J. (1993). *Mecanismos de defesa no desenho infantil*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Corman, L. (1967). *Teste du dessin de famille*. Paris: PUF
- Cortesão, E. (1990). Narcisismo e relações de objecto: os trabalhos de H. Khouat e a investigação das relações de objecto. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 31 - 42.
- Curtis, C., & Luby, J. (2008). Depression and social functioning in preschool children with chronic medical conditions. *The Journal of pediatrics*, 153, 408-413.
- Dolto, F. (1984). *L'Image Inconsciente du Corps*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fernandes, O. M. (2002). *Semelhanças e diferenças entre irmãos*. Lisboa: Climepsi.
- Ferreira, T. (1994). A decepção e a esperança - aspectos da depressão na criança. In T. Ferreira (Ed): *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica* (pp. 311 - 320). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Flores, T. (2005). *Narcisismo e feminilidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- França, R. A. (2000). *A dinâmica da relação na fratria da criança com paralisia cerebral*. Coimbra: Quarteto.
- Gauthier, Y. (1999/2002). O bebé no mundo em mudança. In J. Cohen - Solal & B. Golse (Eds.), *No início da vida Psíquica - O desenvolvimento na primeira infância* (pp. 285-304). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gonçalves, M. (1990). O narcisismo da criança e relação primária. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 71-75.
- Guanes, C., Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 135-143.
- Harris, D. (1982). *El test de Goodenough. Revision, Ampliation y Actualization*. Barcelona: Ed. PAIDOS. (Obra Original em Inglês 1963).

- Harter, S. (1996). Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-Concept. *Handbook of Self-Concept. USA: John Wiley and Sons , inc.*
- Hrutkay, J. M., & Eilert, R. E. (1990). Operative lengthening of the lower extremity and associated psychological aspects: the children hospital experience. *Journal of pediatric Orthopedics, 10*, 373-377.
- Immelt, S. (2006). Psychological adjustment in young children with chronic medical conditions. *Journal of pediatric nursing, 21*, 362-375.
- Johnston, C. E., & Birch, J. G. (2008). A tale of two tibias: a review of treatment options for congenital pseudarthrosis of the tibia . *Journal of Children Orthopedics, 2*, 33 - 149.
- Kohut, H. (1978). *The psychology of the self*. Madison: International Universities Press, Inc.
- Kohut, H. (1988). *Psicologia do self e a cultura humana – reflexões sobre uma abordagem psicanalítica. Psicologia do Self*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koupernik, C. (1974). Commentaire rédactionnel. In E. J. Anthony, & C. Koupernik (Eds.), *L'enfant dans la famille*, Volume 2 (pp. 27-31). Paris: Masson et C<sup>ie</sup>, Editeurs.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias* (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Climepsi.
- Lobato, D. & Kao, B. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of pediatric psychology, 27*, 711-716.
- Mahnken, A. H., Gunther, R., Hermanns, B., Staatz, G., & Weber, M. (2001). Congenital pseudarthrosis of the tibia in pediatric patients: MR Imaging. (2001). *American Roentgen Ray Society Journal, 177*, 1025-1029.

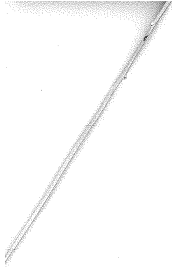
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1982)
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1983)
- Matos, C. (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, C. (2003). *Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do latente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1988)
- Meissner, W. (1997). The self and the body. In A. Cooper, R. Emde, A. Esman, P. Holzman, F. Pine, R. Schafer, D. Shapiro, D. Spence, & P. Wolff (Eds), *Psychoanalysis and contemporary thought* (pp. 419-448). New York: Leo Gold Berger.
- Mijolla-Mellor, S. (1999/2002). A dimensão do inconsciente na consulta pediátrica. In J. Cohen-Solal & B. Golse (Eds.), *No início da vida psíquica - O desenvolvimento na primeira infância* (pp. 55-74). Lisboa: Instituto Piaget.
- Nabors, L. A., & Keyes L. A. (1997). Bried Report: preschooler`s social preferences for interacting with peers with physical differences. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 113-121.
- Paley, D., Catagni, M., Argnani, F., Prevot, J., Bell, D., & Armstrong P. (1991). Treatment of congenital pseudoarthrosis of the tibia using the ilizarov technique. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 11, 81-93.
- Pimentel, J.V.Z.S. (1999). *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção* (2ª edição). Lisboa: Secretariado nacional para a reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência.

- Raimbault, G. (1974). Problèmes psychologiques dans les néphropathies chroniques de l'enfant. In E. J. Anthony, & C. Koupernik (Eds.), *L'enfant dans la famille*, Volume 2 (pp. 54-61). Paris: Masson et C<sup>ie</sup>, Éditeurs.
- Raven, J.C., Court, J.H., Raven J. (2001). Raven Matrices Progressivas. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Regateiro, F. J. (2003). Manual de genética médica. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Salgueiro, E. (1990). Breves Reflexões sobre o narcisismo e o objecto Estético na adolescência . *Revista Portuguesa de Psicanálise* , 8, 71-75.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. Techniques Projectives II. *Psychologie Française*, 28, 104-110.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Stechler, G., & Kaplan, S. (1980). The development of the self: a psychoanalytical perspective. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 35, 85-105.
- Tavares, M. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Brasil: Manole.
- Trautenberg N. R. & Boizou, M. F. (1999). *O Rorschach na clinica infantil*. Lisboa: Climepsi.(Obra original publicada em 1984)
- Trautenberg N. & Sanglade A. (1984). Representation de soi et relation d'objet au Rorschach, Grille de Representation de Soi: Analyse comparée des resultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. *Revue de Psychologie apliquée*, 34, 41-57
- Varni, J. W., & Setoguchi, M. D. (1991). Screening for behavioral and emotional problems in children and Adolescents with congenital or acquired limb deficiencies. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 146, 103-107.

As Doenças Raras. (n.d.). Retrieved March 10, 2009, from <http://www.orphanet.com>.

## **Anexos**

***Anexo A: Carta de Consentimento Informado***



Hospital D. Estefânia  
Rua Jacinta Marto 1169 - 045 Lisboa

Assunto: Pedido de Autorização para recolha de dados para Tese de Mestrado

Exmo. Senhor Dr. Manuel Cassiano Neves

Vânia Fernandes, estagiária de Psicologia da Unidade de Cirurgia, sob orientação da Psicóloga responsável, Dra Cecília Galvão de Azevedo, durante o presente ano lectivo 2007/2008, vem por este meio, solicitar a V. Excelência autorização para efectuar a recolha de dados para a sua tese de mestrado intitulada, "Pseudartrose Congénita da Tíbia: Que Reflexo na Construção de Si."

Irá ser efectuado um estudo de três casos clínicos com três famílias. Num primeiro momento, aplicar – se – á uma entrevista semi – estruturada de cariz anamnésico dirigida aos pais, num segundo momento, provas de avaliação psicológica dirigidas à criança.

Estima – se que o tempo dispendido irá decorrer durante um período de uma hora num primeiro momento e de duas horas num segundo momento, estes serão separados por um intervalo de, aproximadamente, uma semana.

Este estudo pretende entender a Dinâmica Afectiva em crianças com esta patologia.

Acresce ainda, que será entregue um pedido de autorização aos pais em que é garantido o anonimato e/ou confidencialidade da informação fornecida pelos participantes no estudo.

Aguarda deferimento e apresenta os melhores cumprimentos.

*Vânia Fernandes*

(Vânia Fernandes)

Lisboa 21/07/08



*Comend. Cas. o. f. d. d. o.*  
*C. Neves*  
2008/11/21

***Anexo B: Estudo de Caso do Miguel - Entrevista anamnésica, Matrizes Progressivas de Raven, Desenho Livre, Desenho da Figura Humana Harris Goodenough, Desenho da Família de Louis Corman e Protocolo de Rorschach***

## **Entrevista anamnésica - Miguel**

### **Identificação da criança**

Idade - 5

Género - Masculino

Agregado familiar - Pai, mãe e irmão gémeo

### **Pai**

Idade - 45

Grau de escolaridade - 6ºano

Estado civil - casado

Profissão - Cantoneiro de limpeza

Doenças - Por parte da mãe (doença, não especificada do coração)

### **Mãe**

Idade - 33

Grau de escolaridade - 12º

Estado civil - casada

Profissão - Administrativa

Hereditariedade - Tia avó - paralisia infantil na perna direita

### **Gravidez e Parto**

A mãe teve baixa de parto durante 5 meses. Os pais já viviam juntos à quatro anos, a gravidez foi vigiada e durou 38 semanas. Nasceu com um peso de 2.690Kg e 47 cm de comprimento.

Quando tiveram a notícia de que seriam gémeos, a mãe ficou mais preocupada do que o pai porque nunca tinha tido qualquer experiência. Sente que sempre teve mais apoio dos amigos do que da família.

Nos dois últimos meses, a mãe teve uma infecção urinária e ficou no hospital até ao nascimento. Afirma ter sido um parto difícil porque para o Miguel, que foi o segundo a nascer, teve que ser feita uma cesariana, segundo a mãe, “Ficou atravessado”. Após o parto, o médico disse que o Miguel tinha nascido com um problema, mas não especificou, a mãe disse que isso a deixou ainda mais assustada. O pai, por sua vez, foi informado pelo médico de que

o Miguel tinha nascido sem um dedo e com uma perna mais curta, sem especificar mais. O que deixou os pais ainda mais preocupados.

Com um mês e vinte dias, realizou exames que comprovavam que teria a tibia torta. Com 14 meses foi encaminhada para a Fisiatra. Foi colocada uma bota ortopédica de 3.5 cm. Nesta altura ainda não sabia andar. Frequentou uma clínica privada de ortopedia moderna.

### **Adaptação escolar**

Entrou para a creche aos 5 meses. Aos 3 anos, os pais mudaram - se para Lisboa para que o Miguel pudesse estar mais perto dos hospitais. Compraram casa perto dos avós maternos. O Miguel passou então para um novo jardim infantil aos 3 anos.

No jardim de infância teve sempre uma boa adaptação, até porque, segundo a mãe, também existem meninos, por exemplo com síndrome de Down. Os pais dizem que o Miguel e o Ruben são muito unidos. Os pais sentem que os amigos sempre o protegeram muito, tal como o irmão. Nesta altura, referem a preocupação que sempre tiveram em tentar proporcionar ao Miguel, uma vida normal, nunca o impedindo de ir para a rua.

### **Desenvolvimento motor e autonomia**

Sentar - 8 meses

Levantar - 10 meses

Andar - 16 meses (a mãe refere que foi mais cedo do que o irmão, sempre com a ajuda dos ténis ortopédicos, que têm 3 cm de diferença).

1º palavra - “bola”

1º sorriso - 3 meses

### **Alimentação**

Nunca foi amamentado ao peito, uma vez que a mãe nunca conseguiu ter leite. Papas (6 meses). A adaptação às papas foi boa.

**Controlo dos esfínteres**

Ainda usa fralda para dormir, apresentando enurese nocturna primária. Deixou de usar fraldas, durante o dia, aos 3 anos a mãe diz que tinha vários penicos e que eles se começaram a habituar.

**Sono**

Os dois irmãos, começaram a dormir num quarto separado com um ano de idade, quando deixaram de ter que comer durante a noite. Nunca teve nenhum brinquedo em específico para dormir. A mãe é a pessoa que acompanha mais o Miguel. Contudo, as tarefas são divididas entre o casal.

**Expectativas dos pais face à doença**

Acha que o Miguel vai ter que andar sempre com uma ortoprótese. E que até aos 18 anos vai ter que se submeter a todos esses tratamentos, uma vez, que nesta altura, o seu desenvolvimento já estará estabilizado.

### Matrizes Progressivas de Raven (CPM)

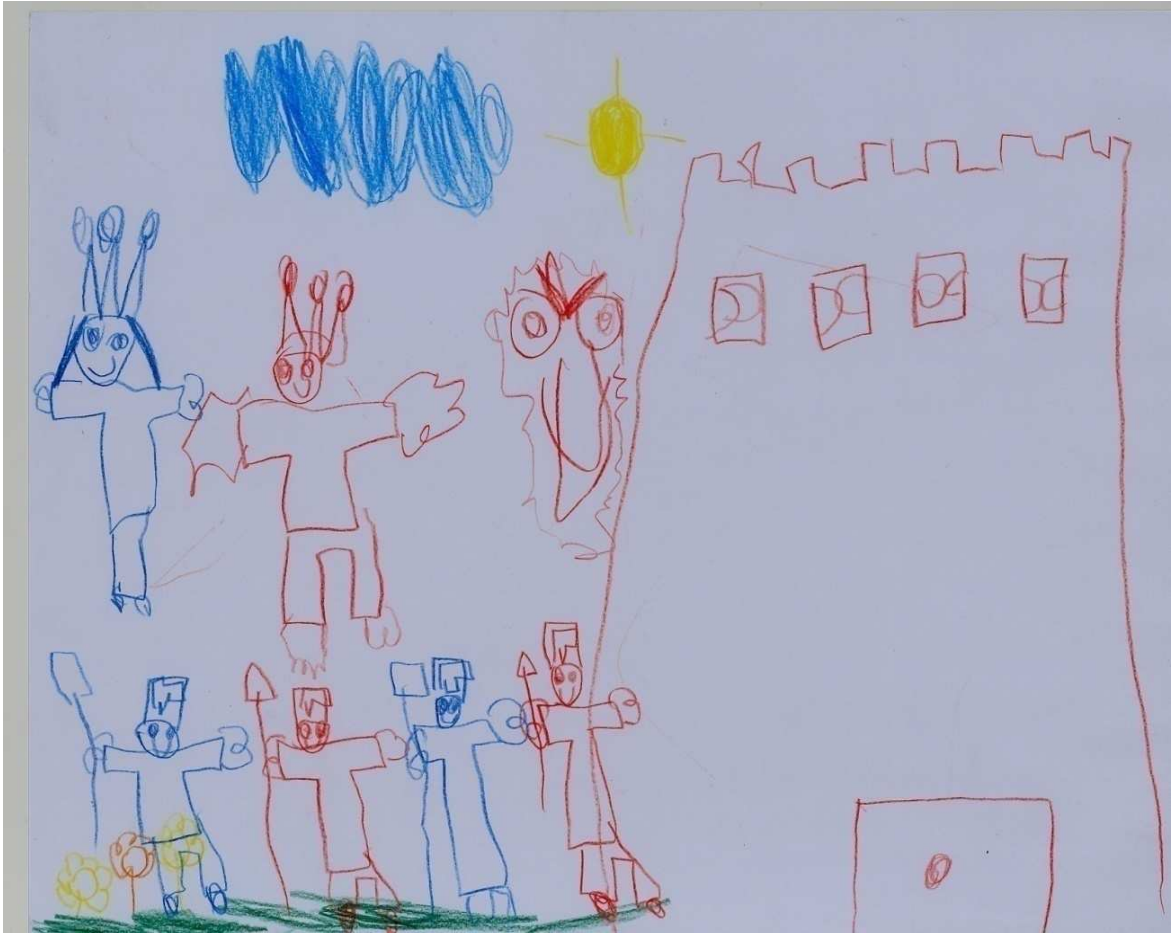
ESCALA DE COR						
	A		B		C	
1	4	✓	4	✓	2	✓
2	5	✓	6		6	✓
3	1	✓	6		1	✓
4	2	✓	6	✓	6	
5	6	✓	2	✓	1	✓
6	4	✓	1	✓	5	
7	4		2		5	✓
8	2	✓	2		5	
9	2		3		5	
10	6		6		1	
11	4	✓	3		2	
12	4		2	✓	2	
Total		8		5		5

Total (A + Ab + B): 18

Percentil: 90

Grau equivalente: II

Tempo total: 5



Desenho Livre



Desenho de um Homem



Desenho de uma Mulher



Desenho solicitado face à consigne “Desenha-te a ti próprio”



Desenho de Si próprio

### Cotação da Figura Humana de Harris Goodenough

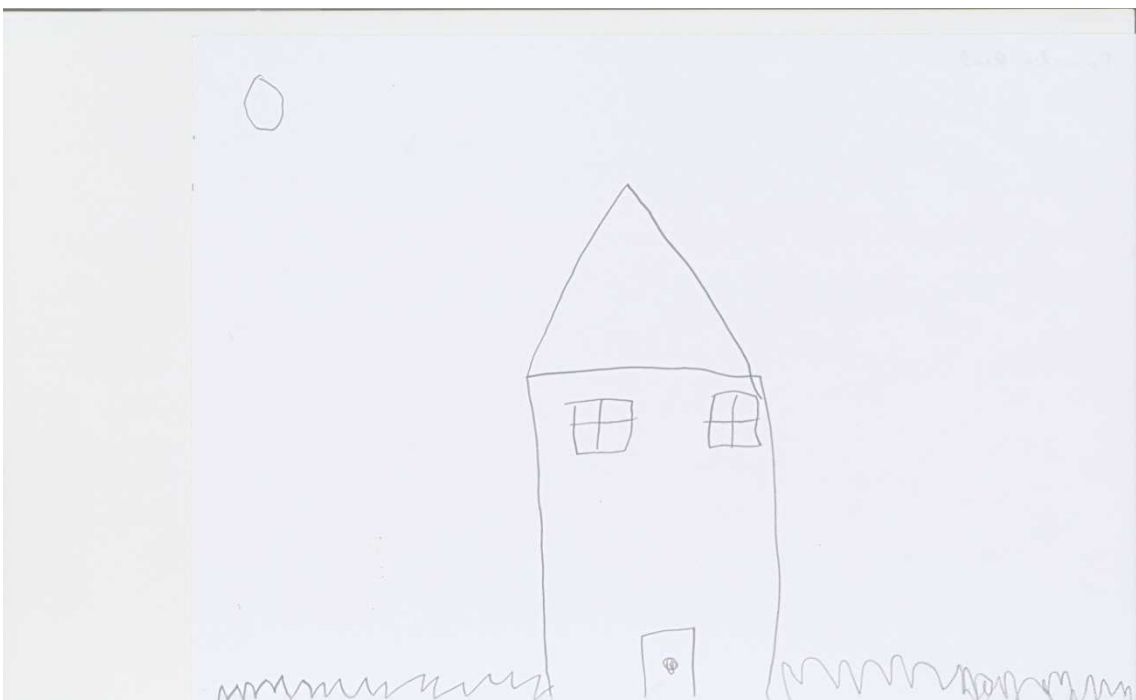
	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>Próprio</b>
1	1	1	1
2			
3			
4	1	1	1
5			
6	1	1	
7			
8			1
9	1	1	
10			
11	1		1
12			
13		1	
14	1		
15			
16			
17		1	
18			
19		1	
20		1	
21			
22			
23			
24	1	1	1
25			
26			
27			
28		1	1
29			
30	1		1
31			
32			
33		1	
34			
35	1	1	1
36			
37			
38			
39	1		1
40			
41		1	
42			
43		1	

44	1	1	1
45			
46	1		1
47			
48	1		1
49			
50		1	
51			
52			
53			
54			
55	1	1	1
56	1	1	
57	1	1	1
58			
59		1	
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			

<b>Escala de pontos</b>	<b>Nota Bruta</b>	<b>Stand.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Homem</b>	16	181	53
<b>Mulher</b>	19	108	71
<b>Si mesmo</b>	14	95	35



Desenho da Família Imaginária de Louis Corman



Desenho da Família Real de Louis Corman

**Protocolo de Rorschach**

<p><b>Cartão I</b></p> <p>“10</p> <p>1 - Um planeta (Ddbl26)</p> <p>2 - É um monstro porque tem as mãos e as garras (G). Está a dizer adeus a mim porque eu vou para o Havai. (?) Vou ver os animais.</p> <p style="text-align: right;">1.5”</p>	<p>1 - Ddbl F- Ast</p> <p>2 - Dbl Kclob (H)</p>
<p><b>Cartão II</b></p> <p>“20s</p> <p>3 - É um Havai. A minha tia vive lá. (?) É neste planeta, aqui, aqui e aqui (aponta para todas as manchas do cartão).</p> <p>O que é que diz aqui atrás? - referindo - se ao verso do cartão - Lê lá! (digo a palavra Rorschach e ele repete).</p> <p>4 - Um Planeta (vermelho Inferior). O planeta do Zoo, é no Havai. Tem muitos animais e muitas cabras; Planeta Terra (verm. sup); Planeta Zoo - Boceja - (Verm. Inf).</p> <p style="text-align: right;">1`22”</p>	<p>3 - D F- Ast</p> <p>4 - D F- Ast</p>
<p><b>Cartão III</b></p> <p>Vira o cartão para o verso.</p> <p>“16s</p> <p>Quem faz estas pinturas? (devolvo a pergunta) Não sei. (Pergunto o que é que acha que esta pintura poderia ser).</p> <p>Esta pintura deve ser do Havai. Amanhã eu vou ao Havai e não vou voltar, e vou estar lá muitos dias.</p> <p><b>5</b> - Uns gémeos (D9, vermelhos laterais superiores)</p> <p><b>6</b> - Uma estrela cadente (D2).</p> <p><b>7</b> - O laço (D3). Os gémeos estão a rasgar o balde (D9).</p> <p style="text-align: right;">2`33”</p>	<p>5 - D K H Ban</p> <p>6- D Kob Ast</p> <p>7- D F+ Vest Ban</p>

<p><b>Cartão IV</b></p> <p>“4s</p> <p>8 - É um palhaço, porque tem uns ténis grandes (aponta para o D2). O palhaço estava a assustar todos, porque o palhaço era mau. A cara dele é esta (aponta para o D3).</p> <p style="text-align: right;">1`17”</p>	<p>8 - G Kclob (H)</p>
<p><b>Cartão V</b></p> <p>Volta para o verso da prancha.</p> <p>“8</p> <p>9- É um morcego aqui. (apreensão em G).</p> <p>Posso levar este para casa? (pergunto porquê), porque eu gosto muito de morcegos”.</p> <p>A minha casa é assustadora porque tem morcegos, múmias, monstros, vampiros e esqueletos. O mano diz que tem medo, o pai também, mas mãe não tem medo e mata - os.</p> <p style="text-align: right;">2`8”</p>	<p>9 - G F+ A Ban</p>
<p><b>Cartão VI</b></p> <p>“4</p> <p>Não sei o que é.</p> <p>10 - Um casaco (D1). É velho (porquê?), porque as pessoas não querem e largaram - no.</p> <p style="text-align: right;">1`15”</p>	<p>Crit Obj.</p> <p>10 - D F- Vest</p>

<p><b>Cartão VII</b></p> <p>“3</p> <p>11- São dois anjinhos (D2) (Porquê?) Porque são feios. Eu gosto é de monstros. Queriam ir á casa de banho, mas estava ocupada, e fizeram um poder com as mãos (bate palmas). (pergunto o que é que aconteceu com esse poder) “O monstro saiu da casa de banho e pumba!” (?) Nada.</p> <p style="text-align: right;">1`34”</p>	<p>11 - D K + (H)</p>
<p><b>Cartão VIII</b></p> <p>“4s</p> <p>12 - Bruxa! A bruxa estava zangada porque queria fazer muitos monstros (Rosas inferiores, D2).</p> <p style="text-align: right;">9”</p>	<p>12 - D K Clob(H)</p>
<p><b>Cartão IX</b></p> <p>“2s</p> <p>13 - É uma bruxa! É uma gémea da bruxa (aponta para o D3 do lado esquerdo). Tem uns cabelos assim com umas nuvens e quer dar muitas trovoadas (verde inferior, D11).</p> <p style="text-align: right;">1`17”</p>	<p>13 - D Kclob (H)</p>
<p><b>Cartão X</b></p> <p>“3</p> <p>14 - Isto é outra bruxa, é a rainha (rosas laterais e cinzentos, D9x2 &amp; 6x2). A bruxa quer ficar com tudo, o planeta todo, mas ela não tem nenhuma casa (refere-se aos azuis laterais, D1). A bruxa é a Rainha.</p> <p>15 - É o planeta azul (D1).</p> <p style="text-align: right;">1`15”</p>	<p>14 - D KClob (H)</p> <p>15 - D FC (-) Ast</p>

**Prova de escolhas**

Escolhas +

Gostou mais do V, porque sim.

Escolhas -

Gostou menos do X, porque sim.

Cartão que faz lembrar o pai: II

Cartão que faz lembrar a mãe: IX

Cartão que meteu mais medo: I

**Psicograma**

Miguel - 5A

R: 15	G: 2(14%)	F: 7	F%: 46%
T. total: 14`	D: 10(66%)	F-: 4	F+%: 36%
T./ Resposta.: 93`	Dbl:1(7%)	F+: 2	F%a:67%
T. lat. méd.: 20`6	Ddbl:1(7%)	FC-: 1	H%:47%
		H: 1	F+%a:55%
		K: 2	(H): 6
			Ban:3
Obs. Sim.: 1			Ast: 4
		Kclob: 5	Vest:2
		Kob: 1	
		C: 2	

TRI: 7K / 0.5  $\Sigma$  GF. Compl.: 1K / 0  $\Sigma$  E

RC%: 27%

Escolha+: V

Escolha - : X

*Anexo C: Estudo de Caso da Sara - Desenho Livre, Desenho da Figura Humana de Goodenough, Desenho da Família de Louis Corman e Protocolo de Rorschach*

## **Entrevista semi-estruturada de cariz Anamnésico**

### **Identificação da Criança**

Idade - 10

Sexo - feminino

Vive em casa com - Pai, Mãe, Irmã (12 anos); Irmão (7 anos)

### **Pai**

Idade - 37

Grau de escolaridade - 11º ano

Consanguinidade - não existe

Doenças - refere episódios de Palodismo. Tem anticorpos de Hepatite C.(doença auto imune que ataca as nossas próprias defesas)

Doenças na família - Irmã morreu de tumor no útero.

Profissão - Em Angola, era contabilista, mas quando veio para Portugal estava ilegal e teve que arranjar emprego, numa serralharia de Alumínios.

### **Mãe**

Idade - 35

Grau de escolaridade - 7º ano

Estado civil - Solteira

Doenças - Quando esteve grávida da Sara teve Palodismo. Já em Portugal foi operada 3 vezes, uma vez por hemorróidas, na segunda vez para extrair a vesícula, na terceira vez, devido a uma hérnia umbilical.

Doenças na família - a tia morreu com um tumor no útero.

Profissão - Ajudante de cozinha

### Dados relativos à criança

#### **A doença do filho na família**

(Como foi recebida a notícia, adaptação dos pais, que idade tinha o filho quando a notícia foi recebida na família; Como é que foi para os pais; Como é que foi para o filho(a); Se o diagnóstico da doença condicionou de alguma forma a vivência familiar; Se houve mudanças na estrutura e distribuição de papéis e funções na família; Se na família existe alguém mais responsável pelos aspectos relacionados com a doença do filho doente; Se os pais se sentem emocionalmente apoiados para lidar com a doença do seu filho; Quais as expectativas em relação ao filho)

Aos 3 anos de idade estava a brincar com um pente, de repente escorregou e, segundo a mãe, o peso do corpo incidiu sobre os pés. No hospital, colocaram - lhe gesso mas o osso não permaneceu direito. Repetiram o processo cerca de três vezes.

Os pais tinham esperança de que ela ficasse boa, mas os anos foram passando e os amigos diziam que não era normal ela estar assim à tanto tempo, aconselharam então que ela fosse para o hospital de S. Tomé uma vez que os tratamentos aí seriam mais eficazes.

Em S. Tomé, diagnosticaram - lhe Pseudartrose, mas como não dispunham de meios suficientes para o tratamento, mandaram - na para Portugal. Os pais não se importaram de vir para Portugal, a única coisa que queriam era que ela ficasse boa.

Os responsáveis pela Sara são os pais, contudo é a mãe que está sempre presente quando esta é hospitalizada.

Nesta altura a mãe recorda, “Lembro - me da Sara ajudar outra menina com um problema parecido, a andar, e a minha filha ainda está assim! “ Diz que os médicos já desistiram dela, actualmente, só um é que está responsável e porque esta lhe pediu muito. Diz, emocionada, que chora todos os dias quando olha para ela, questiona - se, se o facto de não passar tanto tempo com ela, por ter que trabalhar, não poderá constituir um factor agravante da doença. Questiona - se sempre se é boa mãe. Refere que os vizinhos lhe dizem que ela poderia fazer mais coisas pela Sara.

O pai, tem medo que a Sara, mais tarde o possa culpar pela doença que tem. Apesar de tudo, têm esperança que ela vai ficar boa. A Sara, mesmo depois do diagnóstico foi, segundo os pais, uma criança muito alegre. Só quando tinha dores é que chorava muito.

### **Gravidez e parto**

Os pais já viviam juntos, foi uma gravidez planeada e desejada pelos dois. A mãe diz que quando estava grávida mantinha a menstruação. Dizem ter sido uma gravidez tranquila. A mãe sentia - se mais sensível durante a gravidez, refere que quando o marido demorava mais tempo a vir do trabalho, sentia ciúmes. Nesta altura, o pai refere que a mãe é muito ciumenta e que ainda à pouco ela queria ver quem é que lhe estava a ligar para o telemóvel. A mãe chegava a perder o apetite, durante a gravidez, quando o pai demorava mais tempo a chegar a casa.

Duração da gravidez - 9 meses

Nasceu de parto normal com 2.900Kg.

Quando nasceu, por volta das 18h, não chorou, a mãe ficou muito assustada, mas por volta das 24h, os enfermeiros levaram - na e estava tudo bem.

O pai não pode assistir ao parto.

Quando a mãe teve finalmente a filha nos braços ficou muito contente, recorda que era muito parecida com o pai.

Enquanto bebe, a Sara não teve muitas doenças, os pais relatam apenas episódios de cólicas. A Sara era uma bebé saudável, bem disposta, tinha apetite e dormia bem.

### **Desenvolvimento motor e autonomia**

Sentar - 4/5 meses

Levantar - 10 meses

Andar - 11meses

1º sorriso - 2 meses

Falar - 11meses

1º palavras - mama/ papa

### **Alimentação**

A amamentação foi feita até à idade de 1 ano e 7 meses.

Aos 6/7 meses - foram introduzidas as papas (gostava mais de peito)

Rejeitava sempre a chupeta.

### **Controlo dos esfíncteres**

Usou a fralda até 1 ano e 5 meses. De manhã, a mãe sentava - a no bacio e esperava que ela fizesse necessidades. A pouco e pouco foi - se adaptando.

Nesta altura, a mãe ri - se e recorda que ela, quando via alguma criança a fazer uso do bacio ía de imediato buscar o dela para imitar.

Até aos dois anos, usava fralda durante a noite.

### **Sono**

Dormiu sempre no quarto dos pais até aos 9 anos de idade. Actualmente, dorme no quarto com os irmãos, mas como tem muitos pesadelos e acorda sobressaltada, de vez em quando, vai ter com os pais ao quarto. Segundo os pais, a Sara costuma sonhar que está a ser raptada ou que lhe estão a cortar os pés. Os pesadelos tornam-se mais frequentes quando se aproximam as operações. Contudo, não manifesta dificuldades em adormecer. Dorme sempre com um urso, mas nenhum em específico.

### **Percurso escolar**

Entrou para a escola, já em Portugal, com 6 anos.

Aos 8 anos mudou de escola, nesta, teve apoio, pois os sucessivos internamentos hospitalares impediam uma boa aprendizagem. Actualmente, lê com facilidade e já não precisa de apoio.

O pai julga que a Sara já teve apoio psicológico mas não tem a certeza.

Adaptou - se bem á escola, os pais dizem que os colegas e a professora gostam muito da Sara.

A Mãe afirma que gostava que a filha passa - se de ano.

(Nesta altura, os pais começam a discutir. O pai diz que o mais importante é que a filha fique boa e que a escola vem depois, a mãe reforça a ideia de que também é importante não perder mais 1 ano. O pai argumenta que a Sara, na escola não para quieta, e tem muito medo que ela caia. Já pediu à professora para que no intervalo a Sara fique sempre na sala, se possível com uma colega para lhe fazer companhia. A mãe discorda e defende que a Sara tem que ser como

as outras crianças. O pai diz que isso não é possível porque quando a Sara é convidada para uma festa, tem medo que as pessoas não tenham cuidado e possam ir contra ela provocando uma queda. O pai diz que as festas podem ser feitas em casa e os amigos podem lá ir.)

### **Relação com os irmãos**

Tem uma boa relação, dá - se bem com os dois mas tem uma relação mais próxima com o irmão mais novo. A mãe acrescenta ainda que a filha é muito ciumenta em relação aos irmãos.

### **A doença do filho na família**

(Como foi recebida a notícia, adaptação dos pais, que idade tinha o filho quando a notícia foi recebida na família; Como é que foi para os pais; Como é que foi para o filho(a); Se o diagnóstico da doença condicionou de alguma forma a vivência familiar; Se houve mudanças na estrutura e distribuição de papéis e funções na família; Se na família existe alguém mais responsável pelos aspectos relacionados com a doença do filho doente; Se os pais se sentem emocionalmente apoiados para lidar com a doença do seu filho; Quais as expectativas em relação ao filho)

Aos 3 anos de idade estava a brincar com um pente, de repente escorregou e, segundo a mãe, o peso do corpo incidiu sobre os pés. No hospital, colocaram - lhe gesso mas o osso não permaneceu direito. Repetiram o processo cerca de três vezes.

Os pais tinham esperança de que ela ficasse boa, mas os anos foram passando e os amigos diziam que não era normal ela estar assim à tanto tempo, aconselharam então que ela fosse para o hospital de S. Tomé uma vez que os tratamentos aí seriam mais eficazes.

Em S. Tomé, diagnosticaram - lhe Pseudartrose, mas como não dispunham de meios suficientes para o tratamento, mandaram - na para Portugal. Os pais não se importaram de vir para Portugal, a única coisa que queriam era que ela ficasse boa.

Os responsáveis pela Sara são os pais, contudo é a mãe que está sempre presente quando esta é hospitalizada.

Nesta altura a mãe recorda, “Lembro - me da Sara ajudar outra menina com um problema parecido, a andar, e a minha filha ainda está assim! “ Diz que os médicos já desistiram dela, actualmente, só um é que está responsável e porque esta lhe pediu muito. Diz, emocionada, que chora todos os dias quando olha para ela, questiona - se, se o facto de não passar tanto tempo com ela, por ter que trabalhar, não poderá constituir um factor agravante da doença.

Questiona - se sempre se é boa mãe. Refere que os vizinhos lhe dizem que ela poderia fazer mais coisas pela Sara.

O pai, tem medo que a Sara, mais tarde o possa culpar pela doença que tem. Apesar de tudo, têm esperança que ela fique boa.

A Sara, mesmo depois do diagnóstico foi, segundo os pais, uma criança muito alegre. Só quando tinha dores é que chorava muito, tendo manifestado sempre uma boa adaptação durante as hospitalizações.

### Matrizes Progressivas de Raven (CPM)

ESCALA DE COR						
	A		B		C	
1	4	✓	4	✓	2	✓
2	5	✓	5	✓	6	✓
3	1	✓	1	✓	1	✓
4	2	✓	6	✓	2	✓
5	6	✓	2	✓	1	✓
6	3	✓	1	✓	3	✓
7	6	✓	6		5	✓
8	2	✓	5		1	
9	1	✓	5		1	
10	3	✓	3	✓	3	✓
11	4	✓	5	✓	3	
12	6		4		2	
Total		11		8		8

Total (A + Ab + B): 27

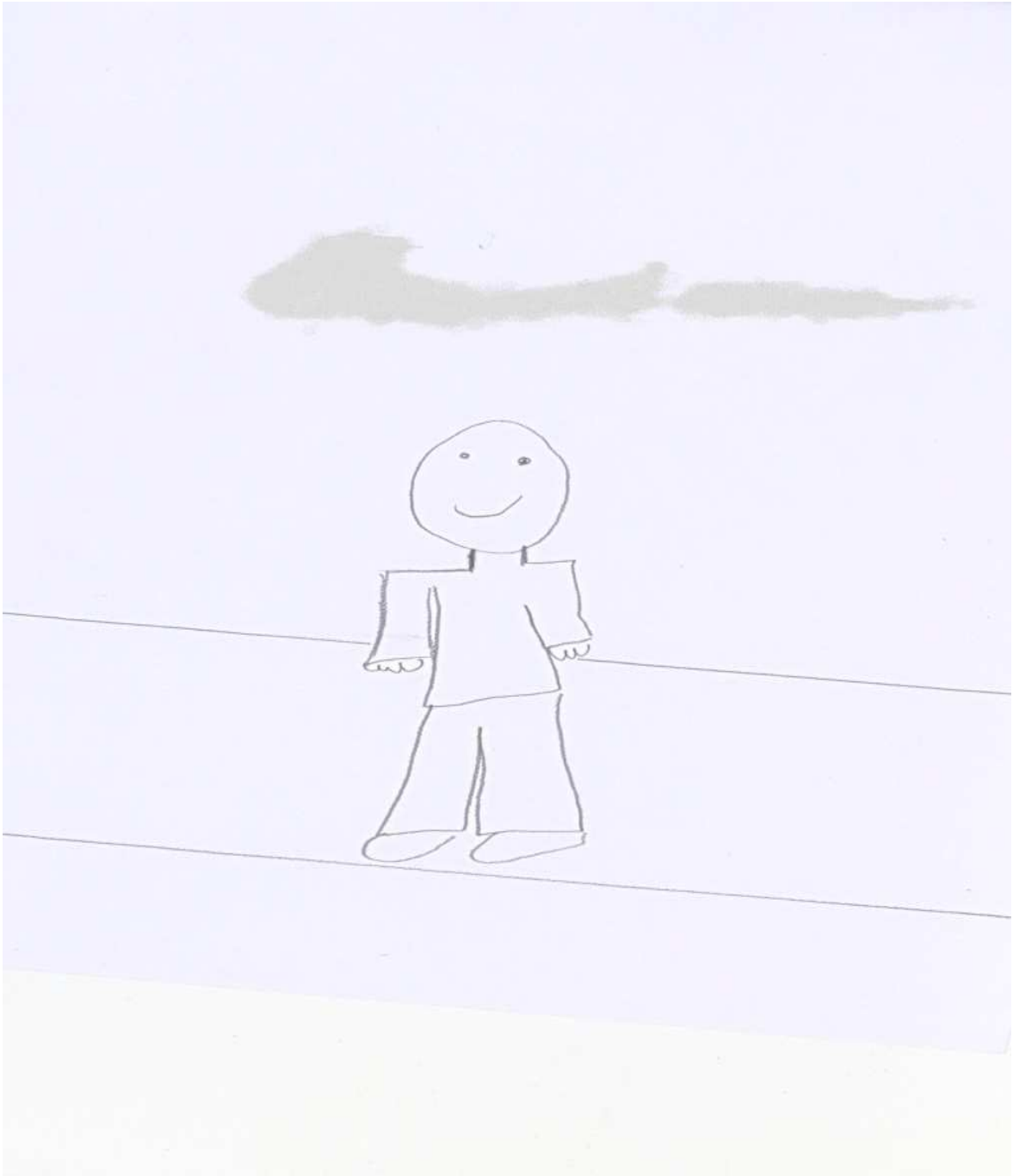
Percentil: 25

Grau equivalente: IV

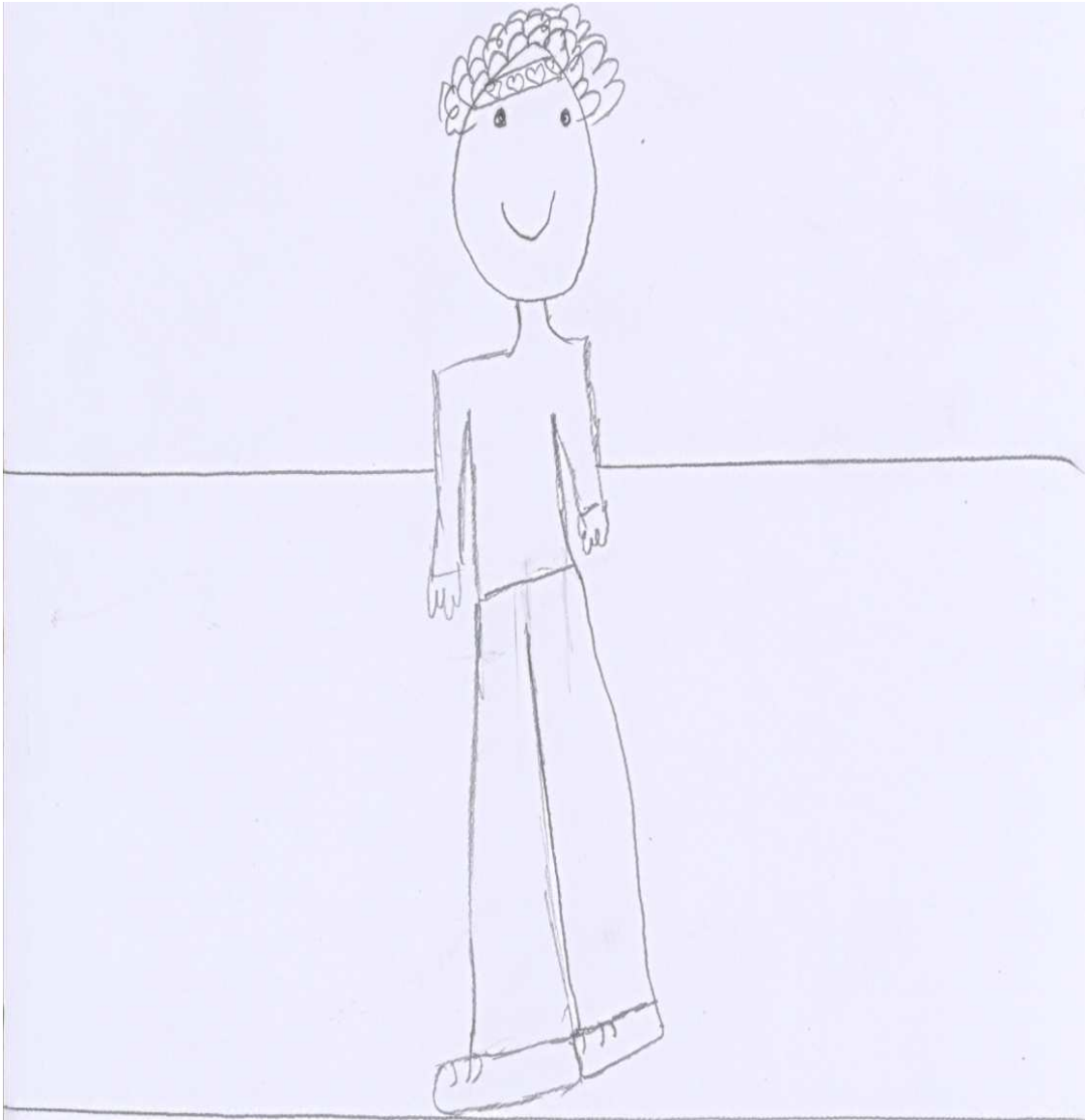
Tempo total: 6



Desenho Livre



Desenho de um Homem



Desenho de uma Mulher



Desenho de Si próprio

### Cotação da Figura Humana de Harris Goodenough

	Homem	Mulher	Próprio
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1		1
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	1		
12			
13		1	1
14	1		
15			
16			
17		1	1
18			
19		1	1
20		1	1
21			
22			
23			
24	1	1	1
25		1	1
26		1	1
27			
28		1	1
29			
30	1		
31	1		
32		1	
33	1	1	1
34		1	
35	1	1	1
36		1	1
37		1	
38			
39	1		
40	1		
41		1	1
42		1	1
43		1	1

44	1	1	1
45			
46	1	1	1
47	1		1
48			
49			
50			
51		1	
52		1	1
53			
54	1		
55	1	1	1
56	1	1	1
57		1	1
58			
59		1	1
60			1
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			

<b>Escala de pontos</b>	<b>Nota Bruta</b>	<b>Stand.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Homem</b>	20	74	4
<b>Mulher</b>	28	81	9
<b>Si mesmo</b>	29	29	13



Teste do Desenho da Família Imaginária de Louis Corman

### Protocolo de Rorschach

<p><b>Cartão I</b></p> <p>“20</p> <p><b>1</b> - Uma das coisas do corpo (D1), os ossos do corpo. <b>2</b> - Uma borboleta, se calhar! Isto é tudo preto (G).</p> <p style="text-align: right;">1`14``</p>	<p><b>1</b> - D F<sup>+</sup> - Anat</p> <p><b>2</b> - G F+ A Ban</p>
<p><b>Cartão II</b></p> <p>Aahh! Bxxx! (abre muito os olhos)</p> <p>“12</p> <p><b>3</b> - Ah! Isso não sei, uma borboleta! As borboletas têm estas pintas (aponta para os vermelhos das asas).</p> <p><b>4</b> - A Borboleta estava a voar. Está com as asas abertas. Estas imagens são difíceis. 2-Isto parece sangue (aponta para os vermelhos inferiores, D3) se calhar a borboleta aleijou - se!</p> <p style="text-align: right;">2”</p> <p>Porque é que escreves tudo isso? Eu sou boa a inventar histórias!</p>	<p><b>3</b> - G kan A</p> <p><b>4</b> - D C Sg</p>
<p><b>Cartão III</b></p> <p>“20</p> <p>Umm! (Abre os olhos) Afasta o cartão.</p> <p>27`</p> <p>Não faço ideia! (pousa o cartão).</p> <p><b>5</b> - Parecem pessoas, isto aqui, (aponta para o meio, D3).</p> <p><b>6</b> - É um laço.</p> <p><b>7</b> - Isto é sangue (Vermelho superior, D2) O que é isto aqui? (meio inf. D4) - Devolvo a pergunta -</p> <p>Podiam ser pessoas a fazer qualquer coisa.</p> <p style="text-align: right;">2`10”</p>	<p><b>5</b> - G K H Ban</p> <p><b>6</b> - D F+ Vest Ban</p> <p><b>7</b>- D C Sg</p>

<p><b>Cartão IV</b></p> <p>“26          Ui pá! Uii! Aah!</p> <p><b>8</b> - Se calhar, é um animal qualquer. Parece um animal, isto é a cauda (D1), mas eu não sei qual é! Um macaco a saltar (?), porque está com as pernas abertas (D6).</p> <p>1”.</p>	<p><b>8 - G kan A</b></p>
<p><b>Cartão V</b></p> <p>“4  <b>9</b> - Um morcego! (G) Ri-se.          32”</p>	<p><b>9 - G F+ A Ban</b></p>
<p><b>Cartão VI</b></p> <p>“8          v  <b>10</b> - Isto é assim, ou assim?          Parece uma árvore. Isto é a coisa da árvore (D1), aqui é o tronco da árvore (D2), a raiz, aqui é a relva! (Dd26). E aqui é as folhas da árvore (D1).</p> <p>1”</p>	<p><b>10 - G F+ Bot.</b></p>

<p><b>Cartão VII</b></p> <p>“4 v</p> <p><b>11</b> - É o cabelo de uma menina (G), aqui é um risco que eles fizeram (Dd bl 20), como se faz para fazer tranças. Depois, é o cabelo da menina.</p> <p style="text-align: right;">1`7”</p> <p>Durante a troca de cartões exclama: “Aí meu Deus, quem é que fez estas coisas? Mas está muito, muito. Não sei! (Ri - se)</p>	<p><b>11</b> - G F- Hd</p>
<p><b>Cartão VIII</b></p> <p>“34</p> <p><b>12</b> - Aqui parecem dois bichos (rosas laterais, D1), aqueles bichos que têm 4 pernas e uma cauda.</p> <p><b>13</b> - Estão a subir por cima de uma rocha, várias, não é! Tem esta parte, esta e esta (aponta para o centro, decompondo - o)</p> <p style="text-align: right;">1`3”</p>	<p><b>12</b> - D F+ A</p> <p><b>13</b> - D F-+ Frag</p>
<p><b>Cartão IX</b></p> <p>(Tosse, ri - se.)</p> <p>“2</p> <p>Não sei. Não me faz lembrar nada. - Fecha os olhos - Ai meu Deus do céu! Não sei o que se parece. - Torce o nariz.</p> <p style="text-align: right;">1”</p>	<p>Recusa</p>
<p><b>Cartão X</b></p> <p>Umm! Ui ui!</p> <p>“17</p> <p><b>14</b> - Parece a cara de uma pessoa (Cinz. Sup. D8).</p> <p><b>15</b> - Isto é o casaco (D9).</p> <p><b>16</b> - As pernas (D10).</p> <p><b>17</b> - De lado são foguetes, é um bocadinho feio por causa da cara dela, é muito comprida. E eu não tou a ver os braços dela, dele. Esta coisa cor de laranja, (meio, D3) ninguém tem isto!</p>	<p><b>14</b> - D F- Hd</p> <p><b>15</b> - D F- Vest</p> <p><b>16</b> - D F- Hd</p> <p><b>17</b> - D Kob Exp</p> <p><b>18</b> - D F- Hd</p>

<p><b>18</b> - Mãos! (aponta para os amarelos, D2)</p> <p><b>19</b> - Esta coisa azul parece maminhas e sutiã (D6).</p> <p><b>20</b> - É a rainha das feias!</p> <p>2`57”</p>	<p><b>19</b> - D F+ Sex/Vest</p> <p><b>20</b> - D K- (H)</p>
---	--

## **Prova de escolhas**

### **Escolhas +**

II - Porque gosto muito de borboletas, e isto parece uma borboleta.

V - Porque é um animal engraçado (referindo-se ao morcego).

VIII - Porque eu gosto muito de cor, de cor de rosa, e estes animais são cor-de-rosa.

### **Escolhas -**

VI - Porque a árvore está muito mal feita por causa das folhas. Estão esquisitas, nunca vi uma árvore assim.

VII - Porque não gostei do cabelo dela. Parece palha-de-aço.

IV - Mas este macaco é muito esquisito, porque não tou a ver o braço dele. E os macacos não andam a saltar, saltam nas árvores, mas assim como nós não.

### **Cartão que faz lembrar o pai**

Este aqui, (referindo - se ao cartão III). Este parece o pai (aponta para a esquerda), a mãe e o berço com o filho aqui.

### **O que faz lembrar a mãe**

O mesmo.

### **Cartão que mete mais medo**

Este (aponta para o cartão X). Porque é uma pessoa muito esquisita. Também há mais um, este aqui (aponta para o numero IX). Não sei porquê.

**Psicograma**

Sara - 10 A

R: 20	G: 7(35%)	F <sup>+</sup> : 2	Anat: 1	F%: 65%
T. total: 12.83min	D: 13 (65%)	F <sup>-</sup> : 5	A: 5	F+ %: 54%
T./ Resposta: 61s		F+: 6	Sg: 2	Fa%: 85%
T. lat. méd.: 21s		F: 13	H: 1	F+ % a: 65%
			(H): 1	A%: 25%
		K: 2	Hd: 4	H%: 25%
		Kan: 2	Frag: 1	
		Kob: 1	Exp: 1	
			Vest: 3	
			Sex/vest: 1	
		C: 2	Bot: 1	

TRI: 1K / **2ΣG**

Ban: 4

F. Compl.: 3K / 0 **ΣE**

Recusa: 1

RC%: 45%

I.A.: 40%

Escolha+: II; V; VIII

Escolha - : VI; VII; IV

***Anexo D: Estudo de Caso da Susana - Entrevista de Cariz Anamnésico a Matrizes de Raven, Desenho Livre, Desenho da Figura Humana de Goodenough e Protocolo de Rorschach***

## **Anamnese - Caso Susana**

### **Identificação**

Idade - 13 anos

Agregado Familiar: Mãe, Irmão (17); Irmã (6) Pai (Está a trabalhar em França desde Janeiro).

### **Pai**

Idade - 54

Grau de escolaridade - 7º ano

Estado civil - solteiro

Parentesco entre o casal - não existe

Doenças - Emergite

Profissão - Electricista

### **Mãe**

Idade - 42

Grau de escolaridade - 4ª classe

Estado civil - Solteira

Profissão - Doméstica

## **Dados relativos à criança**

### **Diagnóstico**

Aos dois meses, o pai notou que a Susana tinha um pequeno desvio da perna, consultou o médico de família que remeteu para a Santa Casa da Misericórdia para fazer uma Radiografia. Posteriormente foi enviada para o Hospital D. Estefânia, tendo sido acompanhada pela equipa de ortopedia, onde lhe foi diagnosticado Pseudartrose Congénita da Tíbia. A mãe refere que quando o médico lhe explicou em que consistia a doença, chorou muito, mas manteve sempre a esperança, “O que me custou mais foi o meu marido me ter acusado de eu ser a culpada pela doença dela, porque ele dizia-me que podia ser devido à minha doença, Psoríase”.

Durante os internamentos hospitalares da Susana, era ela que tinha que dar apoio às outras mães. O pai não costumava acompanhar a Susana no hospital.

Aos 2 anos, a Fisiatra propôs a amputação, a mãe refere que ficou muito revoltada. Contudo, o médico Ortopedista opôs-se e procedeu a uma intervenção cirúrgica para a colocação do aparelho de Ilizarov. Face a este primeiro internamento, a Susana demonstrava um comportamento muito agressivo para com os médicos e enfermeiros, recusando ser “picada”.

Aos 8 anos foi novamente internada para colocar o aparelho de Ilizarov, nesta altura teve acompanhamento psicológico por não demonstrar uma boa adaptação e por se mostrar isolada e triste.

### **Gravidez e Parto**

Não foi um parto planeado, mas os pais já viviam juntos, a mãe tomava a pílula, mas os medicamentos que começou a tomar para a Psoríase, cortaram - lhe o efeito. O pai reagiu bem e queria que fosse uma menina, porque já tinham um rapaz. Foi uma gravidez vigiada. Segundo a mãe, foi tranquila e não teve tantos enjoos como da primeira gravidez. Trabalhou até aos 6 M como empregada doméstica.

A gravidez teve uma duração de 36 semanas. Nasceu de parto normal. Pesava 3.220Kg, a mãe não se lembra do comprimento. O pai não assistiu ao parto. Enquanto bebe era sossegada e dormia bem. Após o nascimento da Susana a mãe não teve um emprego regular, por ter que se deslocar com frequência ao hospital.

### **Desenvolvimento motor e autonomia**

Sentar - 5 meses

Levantar - 7 meses

Andar - 9/10 meses (com a ajuda de uma bota de compensação)

1ª palavra - 8M (Mãe/ Papa)

1º Sorriso - 3 meses

### **Alimentação**

Peito - Foi amamentada ao peito até aos 2 meses.

Biberão - dos dois meses até um ano de idade

Deixou de dar de ser amamentada ao peito por ter ficado sem leite a partir dos doze meses.

Papas - a partir dos 6 meses

Nunca teve alergias a qualquer alimento e sempre teve apetite.

### **Controlo dos Esfíncteres**

Com 1 ano e meio, já não usava fraldas. Com dois anos começou a usar fraldas novamente, devido ao internamento hospitalar, para a colocação do aparelho de Ilizarov, em que a criança tem que permanecer imobilizada na cama.

Após a saída hospitalar, a mãe reeducou-a para fazer no bacio sozinha.

### **Sono**

Começou a dormir sozinha com 1 ano de idade. Dormiu até aos 8 anos num quarto sozinha, mas agora dorme com a irmã mais nova. Fala de noite, mas a mãe não consegue perceber o quê. Quando ficava hospitalizada dormia pior, ficava mais agitada.

### **Percurso escolar**

Nunca foi para o Jardim Infantil. Foi para a escola com 6 anos. Teve uma boa adaptação à escola, colegas e professores. No 2º ano, teve que ser internada, tendo sido prejudicada no rendimento escolar, tendo mesmo que repetir o ano.

Já teve apoio escolar mas agora deixou de ter.

Reprovou no 5º ano, por ter que estar em casa durante um mês e frequenta agora o 6º ano.

### **Passatempos**

Gosta muito de dançar e de cantar.

### **Expectativas da mãe face à doença**

A mãe espera que ela se cure e que fique boa. Diz que “Já não pode ver aquele hospital à frente!”

### Matrizes Progressivas de Raven (SPM)

	A		B		C		D		E	
1	4	✓	4	✓	8	✓	3	✓	7	✓
2	5	✓	5	✓	2	✓	4	✓	3	✓
3	1	✓	1	✓	3	✓	3	✓	6	
4	2	✓	6	✓	8	✓	7	✓	4	
5	6	✓	2	✓	7	✓	8	✓	7	
6	3	✓	1	✓	2		4		4	
7	6	✓	5	✓	1		5	✓	6	
8	2	✓	6	✓	1	✓	3		5	
9	1	✓	4	✓	1		3		7	
10	3	✓	3	✓	6		7		7	
11	4	✓	4	✓	8		3		7	
12	5	✓	5	✓	5		8		4	
Total	12		12		6		6		2	

Total (A + Ab + B): 38

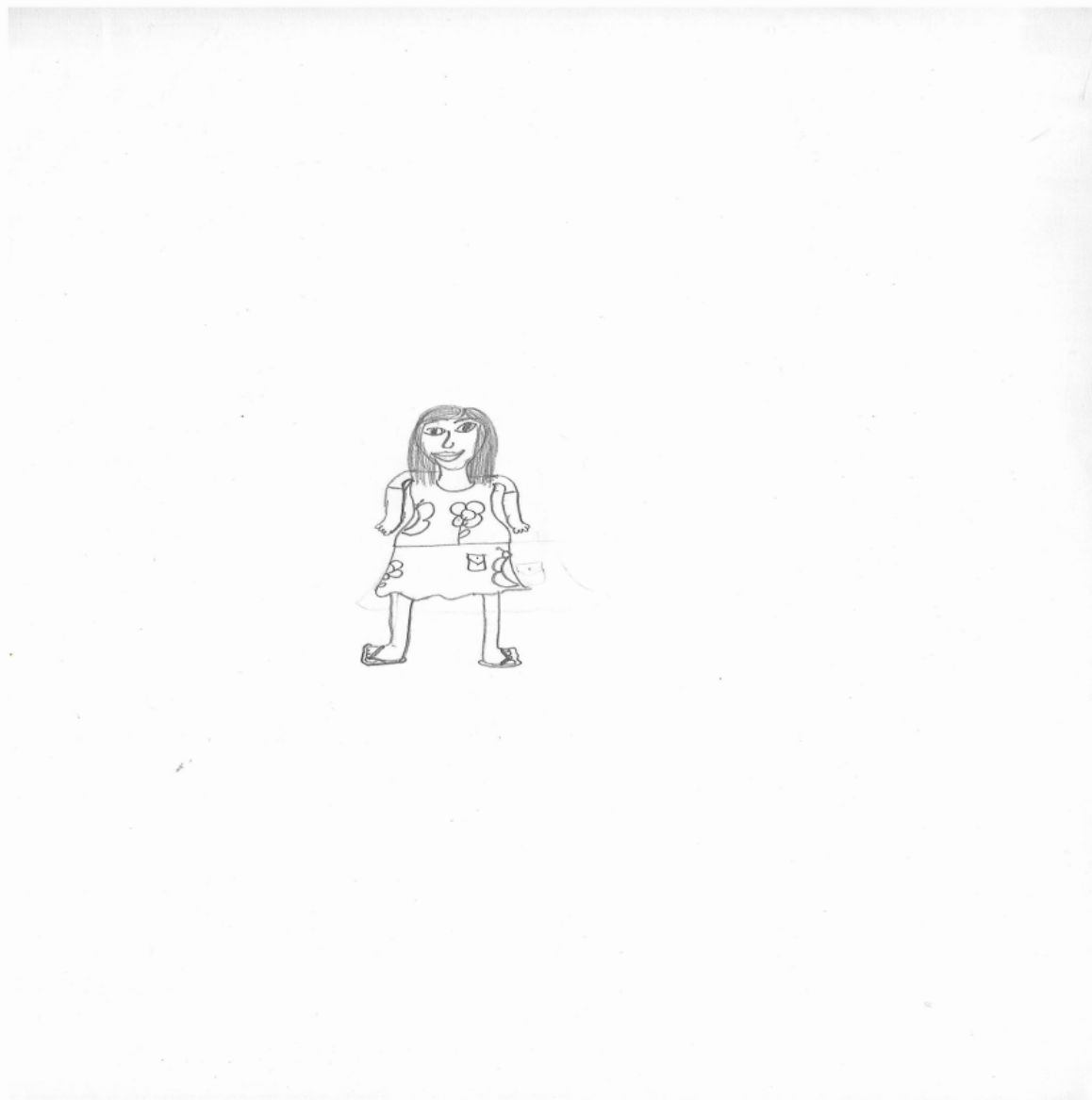
Percentil: 25

Grau equivalente: IV

Tempo total: 8 min



Desenho de um Homem



Desenho de uma Mulher



Desenho de Si próprio

### Cotação da Figura Humana de Harris Goodenough

	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>Próprio</b>
1	1	1	1
2	1	1	
3	1	1	
4	1	1	1
5	1		1
6	1	1	1
7		1	1
8			
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1		
12	1		1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16		1	1
17	1	1	1
18	1	1	
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22			
23			
24	1	1	1
25	1	1	
26		1	
27			
28		1	
29		1	
30	1		
31	1		
32		1	
33	1	1	
34			
35	1	1	
36		1	
37		1	
38			
39	1		
40	1	1	
41		1	
42			
43		1	

44	1	1	
45			
46	1	1	
47	1	1	
48	1	1	
49			
50	1	1	
51		1	
52		1	
53	1	1	
54	1		
55	1	1	
56		1	
57	1	1	
58		1	
59			
60			
61			
62		1	
63			
64			
65			
66		1	
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			

<b>Escala de pontos</b>	<b>Nota Bruta</b>	<b>Stand.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Homem</b>	35	86	18
<b>Mulher</b>	44	95	37
<b>Si mesmo</b>	17	51	1

### Protocolo de Rorschach

<p>Cartão I</p> <p>4'</p> <p>1-“Um Morcego (pousa o cartão em cima da secretária). Mais nada”</p> <p>20”</p>	<p>As asas (diz configurando a imagem, D laterais).</p> <p>Nos braços, o morcego, é costume ter os braços assim pequeninos.</p>	<p>1 - G F+ A Ban</p>
<p>Cartão II</p> <p>(Olha para o verso do cartão. Volta a coloca - lo de frente.)</p> <p>6”</p> <p>2-“Um homem a saltar</p> <p>39”</p>	<p>As pernas (vermelho superior, D2).</p> <p>Aqui, é a cabeça. (diz apontando para o vermelho inferior, D3).</p> <p>A roupa (cinzento central, D6).</p> <p>O homem era gordinho e a forma dos braços (Dd22) - diz abrindo os braços - fez - me pensar que estava a saltar.</p>	<p>2 - G K- H</p>
<p><b>III</b></p> <p>11”</p> <p>3- Duas personagens a pegar num cesto (ri-se) e...</p> <p>4-...dois quadros (Ri-se outra vez e suspira)</p> <p>29”</p>	<p>Está aqui um lacinho que faz parte do cesto (D3).</p> <p>Aqui são os quadros (diz, apontando para os vermelhos laterais superiores, D2)</p>	<p>3- G K+ A</p> <p>4-D F- Obj</p> <p>RA: DF+ Vest</p>

<p><b>Cartão IV</b></p> <p>2"</p> <p>5-Um gigante, um gigante com asas, sentado numa cadeira. Um boneco animado, tipo desenhos animados.</p> <p>45"</p>	<p>O gigante tem pernas, depois tem umas asinhas pequeninas (D4). Porque há bonecos animados que também têm asas e também são gigantes e também têm asas.</p>	<p>5 - G K (H)</p> <p>→ Clob</p>
<p><b>V</b></p> <p>6"</p> <p>6 - Eu sei que não existe, mas parece um coelho voador.</p> <p>7 - Um homem a pegar em dois crocodilos.</p> <p>33"</p>	<p>Aqui é um coelho (D7) e depois as asas (D4).</p>	<p>6-D/G F- (A)</p> <p>→ Kan</p> <p>7- G K- H/A</p>
<p><b>VII</b></p> <p>1min"</p> <p>8-Dois anjos a pegarem num livro.</p> <p>9-Duas estátuas.</p> <p>10-Dois candeeiros.</p> <p>37s"</p>	<p>Dois anjos. A parte de baixo, (D4) é um livro.</p> <p>RA: Poderia ser um livro aberto, e como o livro é grande, precisavam de dois anjos.</p> <p>No museu., podia ser uma estátua junta, no museu. (boceja). Uma estátua junta, pegada ao meio. Isto (aponta para D5), estão pegadas ao tecto e depois, puxavam o fio. Carregava, se fosse uma tomada, e eles acendiam.</p>	<p>8-D K+ (H)</p> <p>RA: D F- Obj</p> <p>9- D F+ Arte</p> <p>10 - D F- Obj</p>

<p><b>VIII</b></p> <p>4s''</p> <p><b>11-</b>Dois gatos (rosas laterais, D1) a subirem o muro e ...</p> <p><b>12-</b>...dois ursos pegados ao muro.</p> <p><b>13-</b>Depois, um monstro (D4), a pegar nos gatos.</p> <p style="text-align: right;">41s''</p>	<p>Dois gatos (aponta para os rosas laterais, D1). Isto era um muro muito antigo (D central).</p> <p>E em baixo estavam dois ursos com forma de estátua (D2). Os gatos a subir (contorna com o dedo).</p> <p>A cauda, (do gato) bateu no urso, e se o urso não fosse uma estátua, o urso mordida - lhe a cauda. Aqui, é o monstro (D4) a pegar nos gatos.</p>	<p><b>11-</b> D F+ A Ban</p> <p><b>12-</b> D F- Arte</p> <p><b>13-</b> D KanClob(A)</p>
<p><b>IX</b></p> <p>3''</p> <p><b>14-</b>O Mikey virado de pernas para o ar.</p> <p style="text-align: right;">31''</p>	<p>O Mikey (G) e as pernas (laranja, D3). Roupa (Verde).</p>	<p><b>14-</b> G Kan (-) (A)</p>
<p><b>X</b></p> <p>52''</p> <p><b>15-</b>Três golfinhos,</p> <p><b>16-</b>Quatro caranguejos (ri - se).</p> <p><b>17-</b>Dois peixes.</p> <p><b>18-</b>Dois barcos.</p> <p><b>19-</b> Dois camarões.</p> <p><b>20-</b>Dois cavalos marinhos.</p> <p style="text-align: right;">59''</p>	<p>São quatro golfinhos, (amarelos, D2 e D7), à bocado enganei - me.</p> <p>O caranguejo (D7).</p> <p>Dois peixes (verdes superiores D12).</p> <p>Barcos, (D13) os barcos afundados, mas também podiam ser uns submarinos.</p> <p>Camarões(verdes inferiores, D10).</p> <p>Cavalos marinhos (rosas, D9)</p> <p>Os azuis (laterais, D1) eram algas.</p>	<p><b>15-</b> D F- A</p> <p><b>16-</b> D F+ A</p> <p><b>17-</b> D F+ A</p> <p><b>18-</b> D F- Obj</p> <p><b>19-</b> D F- A</p> <p><b>20 -</b> D F+ A</p> <p>RA: D F+ Bot</p>

**Prova de escolhas:****Escolhas +**

III -Faz - me lembrar a Páscoa e os doces (aponta para o sitio onde tinha visto o cesto).

VII - Porque tinha anjos, eu gosto de anjos.

X - Fez - me lembrar quando fui para o Barreiro e vi golfinhos a saltar, não peguei neles porque estavam longe, eu era para tocar nos golfinhos. Era uma mãe, 1 pai e um pequenino, um bebé. Eu até chamei a minha mãe para vir cá ver mas a minha mãe tinha medo, estava grávida da minha irmã. Tinha alguns 9 ou 10 anos, fomos comer mexilhões ao Barreiro.

**Escolhas -**

I - Porque não gosto de insectos, muito menos de morcegos. “Que silêncio!”

V - Porque não gosto de crocodilos.VI - Porque não gosto de gigantes.

**Psicograma**

Susana - 13A

R: 20	G: 7(35%)	F: 13	A: 9	F%: 65%
T. total: 5`45	D:14(70%)	F-: 7	(A):3	F+%: 46%
T./ Resposta.: 27`		F+: 6	H:2	F%a: 100%
T. lat. méd.: 21`5			(H):2	F+%a: 77%
			H/A:1	A%: 50%
				(A)%:15%
				H%: 30%
		K: 5	Arte:2	
			Obj:2	
Obs sim: 1		K+: 3		Ban: 2
		K-: 2		
		Kanclob: 1		
		→ Clob 1		
TRI: 5K / 0 Σ G		→ Kan 1		
F. Compl.: 2K / 0 Σ E		Obs. Sim. 1		
RC%: 50%				

**Escolha+:** III; VII; X**Escolha - :** I; V; VI

*Anexo E: Entrevista Anamnéstica*

## **Entrevista semi-estruturada de cariz Anamnésico**

### **Identificação da Criança**

Idade; Data de nascimento; Género; Agregado familiar

### **Pai**

(Idade, grau de escolaridade, profissão, consanguinidade, eventuais doenças)

### **Mãe**

(Idade, grau de escolaridade, profissão, consanguinidade, eventuais doenças)

## **Dados relativos à criança**

### **A doença do filho na família**

(Como foi recebida a notícia, adaptação dos pais, que idade tinha o filho quando a notícia foi recebida na família; Como é que foi para os pais; Como é que foi para o filho(a); Se o diagnóstico da doença condicionou de alguma forma a vivência familiar; Se houve mudanças na estrutura e distribuição de papeis e funções na família; Se na família existe alguém mais responsável pelos aspectos relacionados com a doença do filho doente; Se os pais se sentem emocionalmente apoiados para lidar com a doença do seu filho; Quais as expectativas em relação ao filho)

### **Gravidez e parto**

(Como é que era antes da gravidez. Se a gravidez foi programada, desejada pelos dois, vigiada, vivência psicológica dos pais. Duração da gravidez, tipo de parto, peso à nascença e comprimento)

**Desenvolvimento motor e autonomia**

(Sentar; Levantar; Andar; 1º Sorriso; 1ª palavra)

**Alimentação**

(Amamentação, biberão, até que idade e porquê, desmame, como foi feito, introdução de outros alimentos, adaptação, alergias, ...).

**Controlo dos esfíncteres**

(Quando é que deixou de usar fralda, como é que os pais vivenciaram isto, faz xixi ou coco diurno ou nocturno, uso do bacio, formas de aprendizagem).

**Sono**

(Se dorme sozinho, com que idade começou a dormir sozinho, se tem dificuldades em adormecer, agitação, sonhos, utilização de algum objecto).

**Percurso escolar**

(Eventuais dificuldades de adaptação ao jardim infantil e à escola, se houve dificuldades de aprendizagem, reprovações, necessidades de apoio psicológico, pedagógico.)

**Rotinas e Passatempos**