

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia

Psicodiagnóstico: *follow up* de casos atendidos em um serviço escola

Bibiana Gallas Steigleder

Trabalho de Conclusão de Curso

Porto Alegre/RS, 2016

Psicodiagnóstico: *follow up* de casos atendidos em um serviço escola

Bibiana Gallas Steigleder

Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga, sob orientação da Prof^a Dr^a Denise Ruschel Bandeira

Universidade do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Curso de Graduação em Psicologia

Porto Alegre, 2016

Agradecimentos

Agradeço à Denise Balem Yates, supervisora de grande parte de minhas atividades práticas na formação acadêmica, que muito contribuiu para meu aprendizado na prática do psicodiagnóstico, nos cuidados éticos e na escrita científica. Admiro muito seu trabalho, sempre com dedicação, carinho e profissionalismo. Agradeço à Denise Ruschel Bandeira, orientadora e professora que, através de seus métodos de atuação profissional e de ensino, contribuíram muito para meu aprendizado na área de avaliação psicológica. Agradeço também aos demais supervisores do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS com quem trabalhei, os quais contribuíram, cada um com suas particularidades, para meu crescimento profissional.

Agradeço aos meus pais João Paulo e Marta, que me proporcionaram tudo o que precisei para trilhar esta trajetória e chegar ao final deste curso, não medindo esforços para que meu bem-estar e sucesso acadêmico fossem priorizados ao longo da minha vida. Agradeço à minha irmã Débora, companheira de vida, cujo apoio e amizade sempre foram fundamentais, sendo também meu maior exemplo de determinação e empenho.

Também aos queridos colegas e amigos que me acompanharam nesta trajetória, agradeço pelos incontáveis aprendizados, por todas as trocas e risadas. Dividindo experiências dentro e fora da Universidade a formação também se complementa. Agradeço à Paula, amiga apoiadora e carinhosa, com quem não hesito em compartilhar todos os momentos da minha vida. Agradeço à Carolina, com quem dividi as angústias e alegrias da primeira experiência de estágio e de tantos outros momentos.

Sumário

Resumo	5
Introdução	6
<i>A Avaliação Psicológica e o Psicodiagnóstico</i>	6
<i>Políticas de Saúde Mental na infância e adolescência no Brasil</i>	7
<i>Dificuldades de aprendizagem</i>	10
Objetivos.....	10
<i>Objetivo Geral</i>	10
<i>Objetivos específicos</i>	10
Método.....	11
<i>Participantes</i>	11
<i>Procedimentos de Coleta</i>	12
<i>Procedimentos Éticos</i>	13
<i>Instrumentos</i>	13
<i>Procedimentos de Análise</i>	14
Resultados.....	14
<i>Antes do Psicodiagnóstico</i>	14
<i>Durante o Psicodiagnóstico</i>	16
<i>Após o Psicodiagnóstico</i>	20
Discussão.....	23
Considerações finais.....	31
Referências	32
Anexos.....	35

Resumo

Introdução: Psicodiagnóstico é um processo científico que tem como objetivo investigar características psicológicas. As conclusões embasam indicações terapêuticas, que visam o aumento da qualidade de vida do paciente. Existem poucos estudos que avaliam a compreensão das informações fornecidas na devolutiva do psicodiagnóstico e o momento posterior a este. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos familiares acerca das informações fornecidas no psicodiagnóstico, bem como a busca ou não pelas indicações terapêuticas feitas ao final da avaliação. **Método:** Foi realizada uma entrevista semiestruturada com mães de seis pacientes atendidos no Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS (CAP-UFRGS) no ano de 2015, cuja queixa inicial era de dificuldade de aprendizagem. A análise dos dados foi feita através de análise temática. **Resultados:** Os resultados foram divididos por temas, e alguns destes foram: A percepção de diferenças no desenvolvimento de seus filhos comparando com outras crianças; Passagens por outros serviços de saúde; Experiência com o uso de medicações; As reações com a devolução das informações; O impacto das conclusões do processo na família; Mudanças após o psicodiagnóstico; Entrega do laudo a algum profissional; Busca por atendimentos indicados e permanência nestes; Dificuldades ainda enfrentadas pelos pacientes. **Discussão:** Ações de prevenção com foco na família e na escola podem ser muito benéficas. Percebe-se que o sistema de saúde público tem dificuldades em acolher demandas por atendimentos em saúde mental, e isto pode estar relacionado com a concepção de saúde da população. O uso de medicações gerou dúvidas nas mães entrevistadas, o que aponta para uma necessidade de que as famílias tenham maior acesso à informação sobre os fármacos. A clareza nas informações é uma característica essencial do psicodiagnóstico. A participação da família no processo psicodiagnóstico pode auxiliar no entendimento dos resultados, visto que este processo tem um impacto interventivo. A escrita do laudo precisa ser feita com cuidado, tendo em vista a grande circulação do documento, e deve ter uma linguagem acessível ao destinatário e aos responsáveis pelos pacientes.

Introdução

A Avaliação Psicológica e o Psicodiagnóstico

Avaliação Psicológica é um termo abrangente, utilizado para designar uma das funções do Psicólogo. Este termo engloba práticas de diversas abordagens teóricas e a utilização de variados métodos de investigação, independentemente do contexto em que são aplicados. Entretanto, se for considerado o enquadre clínico, o conceito comumente empregado para especificar este levantamento de aspectos psicológicos é o Psicodiagnóstico (Cunha, 2007). Este pode ser definido como um processo investigativo e interventivo baseado em um ponto de vista científico, que ocorre em um tempo limitado. Nele, a partir da identificação da demanda, são utilizados métodos e técnicas fundamentados em teorias e/ou testes psicológicos a fim de investigar características psicológicas, visando um diagnóstico descritivo e/ou dinâmico (Krug, Trentini & Bandeira, 2016; Bandeira, Trentini & Krug, 2016). No Psicodiagnóstico podem ser investigados aspectos cognitivos, do desenvolvimento, da personalidade e neuropsicológicos, além de características adaptativas e desadaptativas especificamente (Rigoni & Sá, 2016). A partir destas conclusões, são feitas indicações terapêuticas e encaminhamentos para o sujeito avaliado (Krug, Trentini & Bandeira, 2016).

Um dos objetivos do Psicodiagnóstico é ser um facilitador para a comunicação, contribuindo para a decisão da escolha do tratamento e de mudanças na vida do sujeito (Rigoni & Sá, 2016). Um momento fundamental para esta função comunicativa é a devolução feita ao final do processo, sendo esta uma das etapas mais importantes do Psicodiagnóstico. Nela, o objetivo é de esclarecimento, buscando comunicar de forma clara os resultados. Além disso, é essencial também a atenção e abertura do profissional para as reações e impactos que estas informações terão para os pacientes e seus familiares, a fim de criar um momento de troca. Algumas conclusões devem ser construídas conjuntamente com os pacientes e familiares, pois isso pode ser fundamental para as escolhas a serem tomadas em relação às indicações (Albornoz, 2016).

Sendo objetivos do Psicodiagnóstico compreender o funcionamento do paciente e orientá-lo sobre serviços que possam ajudá-lo, é importante investigar de que maneira são feitas estas orientações, se elas são entendidas e seguidas e se as indicações, de fato, geram benefício para os sujeitos avaliados. Existem poucos estudos que investigam o que ocorre com os pacientes e seus familiares a partir da devolução em termos das

decorrências do Psicodiagnóstico. Em função disto, o presente trabalho buscou investigar como se dá o efeito do processo psicodiagnóstico e sua devolução em usuários de um serviço-escola especializado em atendimentos em avaliação psicológica, o Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O CAP recebe pacientes de baixa renda que buscam o serviço espontaneamente ou por encaminhamentos, e estes podem ser indicados por escolas, profissionais da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou outros serviços de saúde. Além disso, ao final da avaliação muitos encaminhamentos precisam ser articulados com esta rede, como por exemplo, a assistência em Hospitais. Além disso, sendo um serviço de saúde, o CAP está inserido em um contexto cultural específico no que diz respeito à concepção de saúde e assistência. A seguir serão trazidos alguns pressupostos sobre atenção à saúde mental infantil e adolescente no Brasil, a fim de fornecer um panorama de como o assunto vêm sendo debatido. São citadas também algumas medidas que vêm sendo tomadas a fim de assegurar esses direitos e expostos desafios que ainda são enfrentados.

Políticas de Saúde Mental na infância e adolescência no Brasil

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma lei que está em vigor atualmente e que visa garantir proteção integral a crianças e adolescentes (Brasil, 1990). Nele, são consideradas como crianças os sujeitos com até 12 anos de idade, e como adolescentes aqueles de 12 até 18 anos. Em casos expressos em lei, excepcionalmente, o estatuto protege também pessoas entre 18 e 21 anos de idade. O capítulo I desta lei refere-se ao direito à vida e à saúde. Entretanto, neste não há um artigo específico que abranja os cuidados em saúde mental. Esta temática figura de maneira pontual em outros artigos, como, por exemplo, prezando a oferta de assistência psicológica no período gestacional e pós-natal à mãe e assegurando a orientação à gestante sobre formação de vínculos afetivos com a criança. Percebe-se um cuidado maior para a mãe, e não propriamente para a criança. Outro artigo propõe a formação específica de profissionais que atuam no cuidado de crianças e adolescentes para que estes identifiquem sinais de risco do desenvolvimento psíquico. Os direitos à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer estão contemplados em um capítulo à parte, não estando relacionado com os direitos na área da saúde, apesar de estarem inclusos na noção de saúde adotada pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

O tema da saúde mental na infância e adolescência estava em discussão em 2005, quando foi divulgada uma cartilha do Ministério da Saúde intitulada “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (Brasil, 2005). Esta faz um apanhado histórico da assistência a crianças e adolescentes e analisa desafios que a implementação de uma política de saúde mental para esta faixa etária enfrenta. Além disso, aponta diretrizes para uma política nacional, que são definidas considerando os princípios do SUS. Primeiro, parte-se do pressuposto que a criança ou adolescente é visto como um sujeito, ou seja, é um sujeito de direitos, dotado de singularidade. Os princípios são os seguintes: 1 – Acolhimento universal, que visa garantir uma escuta e resposta a qualquer demanda que chegue aos serviços de atendimento; 2 – Encaminhamento implicado, que preza por um acompanhamento do encaminhamento feito de uma maneira que o profissional se inclua na passagem para o atendimento no serviço indicado; 3 – Construção permanente da rede, expandindo os serviços para além da técnica, construindo uma integração de sua prática com outros serviços e equipamentos conforme necessário; 4 – Território, ou seja, o lugar psicossocial do sujeito, marcando a importância da expansão do entendimento dos sujeitos para outros espaços e lugares não-físicos; 5 – Intersetorialidade na ação do cuidado, incluindo serviços clínicos e não-clínicos nos serviços de saúde.

Nesta mesma cartilha, as diretrizes abrangem características essenciais no serviço de atenção a crianças e adolescentes. Devem ser valorizados os pedidos feitos na procura pelo serviço e assumida a responsabilidade pelo cuidado, seja este feito por si ou encaminhado a outro serviço. Além de considerar a criança e adolescente como um sujeito de direitos e responsabilidades, deve-se implicar os seus responsáveis no atendimento e considerá-los também como sujeitos da demanda. O atendimento deve ser feito baseado em recursos e saberes disponíveis, contando também com contribuições de outros profissionais da equipe. Isso também deve ser feito com uma noção de rede ampliada, levando em conta a singularidade de cada caso.

Novamente em foco em 2014, as políticas de saúde mental infanto-juvenis são abordadas no documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (Brasil, 2014). Foi reassegurada a visão destes indivíduos como sujeitos de direito. Entre seus direitos fundamentais está o acesso a saúde, e dentro deste contexto deve-se garantir sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independente de consentimento dos responsáveis. O entendimento da saúde é ampliado, conforme preconizado pelo SUS. É utilizado o termo “saúde integral”,

incluindo o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura entre outros como essenciais para garantir este direito. Fica explicitado enfaticamente que há uma multiplicidade de fatores que influenciam nos processos de saúde e doença, assim se admitindo a articulação com outros setores a fim de garantir o atendimento dos direitos das crianças e adolescentes no que diz respeito à atenção à saúde.

Este documento põe em evidência a saúde mental infanto-juvenil, que é vista como um fator determinante quando considerados os cuidados em saúde. Para isso, consideram-se as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. O documento também expõe considerações que são necessárias para que seja estabelecida uma política de saúde mental infanto-juvenil, citando as diretrizes do documento anteriormente citado, “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (Brasil, 2005).

De acordo com o ECA, Art. 4º (Brasil, 1990), crianças e adolescentes devem ter prioridade na efetivação dos seus direitos, sendo inclusive citada a preferência na formulação e execução de políticas públicas voltadas para estes sujeitos. É através delas que podem ser sistematizados e assegurados investimentos nas áreas que garantem o cumprimento destas diretrizes. Couto, Duarte & Delgado (2008) criticaram a inexistência de políticas oficiais de saúde mental voltadas especificamente para crianças e adolescentes. Isto porque os transtornos que acometem essa faixa etária, assim como os fatores de risco e os movimentos de intervenção possuem especificidades para essa população. Os autores defendem o enfrentamento de três principais desafios: 1 – Expansão da rede de cuidados, oferecendo mais serviços relacionados à prevenção e promoção de saúde; 2 – Gestão territorial, onde os serviços oferecidos sejam constantemente avaliados; 3 – Incluir o atendimento especializado em infância e adolescência nos serviços já em vigência.

A assistência a crianças e adolescentes voltada para a saúde mental deve ser uma prioridade. Para isso, as demandas por atendimento precisam ser cuidadosamente analisadas para que possam ser atendidas pela rede de saúde. Os serviços escola buscam, além da formação dos profissionais, oferecer assistência à comunidade. A fim de ilustrar o tipo de demanda por atendimentos psicológicos, a seguir é feita uma apresentação da procura por serviços escola de Psicologia, e especificamente pelo CAP.

Dificuldades de aprendizagem

As dificuldades de aprendizagem estão entre as queixas mais frequentes que levam a procura por serviços-escola do estado do Rio Grande do Sul (Reppold & Hutz, 2008) e da região metropolitana de Porto Alegre (Campezatto & Nunes, 2007; Cunha & Benetti, 2009). No CAP, a procura pelo atendimento de crianças é predominante, e as queixas de aprendizagem representam também grande parte da demanda pelo serviço, analisando-se dados entre os anos de 2003 e 2010 (Borsa, Oliveira, Yates & Bandeira, 2013). Um levantamento de dados realizado no serviço entre os anos de 2012 e 2014 analisou os diagnósticos recebidos por crianças e adolescentes com queixa de dificuldade de aprendizagem. Dos participantes do estudo, 44% receberam um diagnóstico conforme classificação do DSM IV. Destes, os mais comuns foram de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (subtipo desatento, hiperativo ou misto), Deficiência Intelectual (DI) (leve, moderada ou não especificada) e Transtornos de Aprendizagem (Portugal et al, 2014).

Em decorrência dos dados acima citados, para o presente estudo foram selecionados os casos de 2015 em que a queixa inicial era de dificuldade de aprendizagem, em função da grande demanda por este tipo de avaliação no serviço. A importância deste trabalho está em compreender o impacto do processo Psicodiagnóstico naqueles que tiveram acesso ao serviço do CAP, verificando se o mesmo auxiliou os pacientes e seus familiares e em que aspectos. O levantamento destas informações visou a melhora na qualidade das avaliações realizadas no local. Ao analisar os serviços prestados anteriormente, foram sugeridas outras possibilidades aos novos atendimentos, buscando como objetivo o aumento do benefício do público atendido e da qualidade da formação dos profissionais.

Objetivos

Objetivo Geral

- Investigar a percepção dos familiares de pacientes com queixa de dificuldade de aprendizagem acerca do Psicodiagnóstico realizado no CAP.

Objetivos específicos

- 1- Verificar como se deu a compreensão das informações fornecidas na devolução do Psicodiagnóstico e como foram descritas no laudo psicológico;

- 2- Identificar se houve concordância ou não dos familiares e profissionais com as conclusões do Psicodiagnóstico;
- 3- Compreender a relevância do Psicodiagnóstico para o entendimento do funcionamento do paciente por seus familiares e pelos solicitantes da avaliação;
- 4- Verificar se houve procura ou não pelos encaminhamentos feitos e os motivos para isto;
- 5- Investigar se os atendimentos nos serviços indicados ajudaram o paciente e como isso pode ser observado.

Método

Participantes

Foram contatados os casos atendidos em 2015 que tiveram como demanda inicial a queixa de dificuldade de aprendizagem. No total, foram atendidos 36 pacientes no ano de 2015, e, destes, 27 casos procuraram o serviço com queixas relacionadas ao desempenho escolar. Destes, não se conseguiu contato com 11 casos, e um caso foi excluído por estar em reavaliação no momento da realização das coletas. Assim, foram contatados para participar da pesquisa familiares de 15 pacientes. Dos casos que foram contatados, sete entrevistas foram marcadas e o familiar não compareceu. Houve dois casos em que foi feito o contato e recusado o convite para participar.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas com seis mães de pacientes atendidos no CAP em 2015 com idades entre 7 e 13 anos no momento da avaliação. A tabela abaixo (Tabela 1) fornece breves informações sobre os pacientes cujas mães participaram da pesquisa. A ordem dos casos na tabela foi determinada pela idade do paciente.

Tabela 1. Pacientes cujas mães participaram da pesquisa e informações do Psicodiagnóstico

Nome do paciente*	Idade no momento da avaliação	Motivo da procura pelo CAP	Conclusão/Diagnóstico	Encaminhamentos
Gabriel	7 anos	Dificuldade de aprendizagem, comportamento agitado	- TDAH comórbido de epilepsia	- Psicopedagogia - Psicoterapia

Marcos	8 anos	Muito lento em aula, fica “no mundo da fantasia”	- Dificuldade em reconhecer fonemas - Dificuldade de iniciativa e manutenção das relações sociais	- Fonoaudiologia - Psicoterapia - Atividades extra-classe
Juliana	9 anos	Não aprende, tem medos.	- Transtorno específico da aprendizagem grave com prejuízo em leitura, escrita e matemática - Suspeita de TDAH predominante desatento	- Fonoaudiologia - Pedagogia - Avaliação neurológica - Psicoterapia familiar
Pedro	10 anos	Dificuldade de socialização, dificuldade para ficar na escola, tem obsessões, não aprende	- DI moderada	- Manter atendimento psiquiátrico - Avaliação neurológica - Avaliação fonoaudiológica - Frequentar APAE, AACD ou sala de recursos ou ter monitor individual - Equoterapia
Carlos	11 anos	Reavaliação, dificuldade de aprendizagem, dificuldade de leitura, escrita e aritmética.	-DI leve -TDAH	- Psiquiatria - Psicopedagogia
Lúcio	13 anos	Tiques, dificuldade escolar	- Transtorno obsessivo compulsivo - Síndrome de Tourette	- Terapia familiar - Psicoterapia abordagem cognitivo comportamental - Continuar acompanhamento com psiquiatra, cardiologista e neuropediatra - Reavaliação

Tabela 1

*Nomes fictícios

Procedimentos de Coleta

Foram realizados contatos telefônicos convidando os familiares dos pacientes para uma entrevista presencial com a autora do estudo. As entrevistas foram realizadas com as mães dos pacientes no CAP, conforme a disponibilidade das mesmas. A duração aproximada foi de 40 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio mediante autorização das participantes para posterior análise mais detalhada do seu conteúdo.

Procedimentos Éticos

Este trabalho é parte do Projeto de Pesquisa nº 23675, aprovado pela Comissão de Pesquisa de Psicologia da UFRGS em 03/08/2012 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia em 07/05/2013. No momento da triagem, os participantes ou responsáveis assinam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), informando sobre os objetivos deste projeto e autorizando a utilização dos dados das avaliações e também contatos futuros para fins de pesquisa. É mantido o sigilo sobre a identidade dos pacientes e seus familiares, sendo divulgados os resultados sem identificação.

No momento da coleta de dados foram relatadas dificuldades para seguir as indicações terapêuticas sugeridas nas avaliações e também, em alguns casos, foi verificada demanda por outros atendimentos. Em tais situações, foram feitos os encaminhamentos necessários e as orientações adequadas após supervisão com a orientadora. Além disso, nas entrevistas em que foi observada a não compreensão das informações do laudo pelos familiares, foram feitas novas orientações sobre os resultados da avaliação ao final da entrevista.

Os benefícios com a participação neste estudo foram poder contribuir para a melhora de futuros atendimentos no serviço-escola, assim como desfrutar de um breve espaço de escuta sobre dificuldades ainda enfrentadas. Os malefícios da participação incluíram a disponibilidade de um período de tempo para a coleta de dados e o custo financeiro para o deslocamento até o local em que foi realizada a coleta. Foi oferecido reembolso deste gasto a todas as participantes, e o ressarcimento foi feito a duas mães e recusado pelas demais.

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada que investigou (Anexo B):

- Atendimentos prévios e motivo da procura pela avaliação;
- O processo e a devolução do Psicodiagnóstico, incluindo expectativas e percepções sobre o serviço, além de concordância ou não com as conclusões;
- Encaminhamentos realizados e processo de busca pelos atendimentos sugeridos nas indicações terapêuticas;
- Situação atual nos locais em que o paciente está sendo atendido;
- Percepção dos pais sobre mudanças na manifestação dos sintomas;
- O impacto do processo Psicodiagnóstico na vida dos pacientes e familiares.

Procedimentos de Análise

O delineamento do projeto é um estudo de casos múltiplos. Foi feita uma análise qualitativa temática dos conteúdos das entrevistas, buscando-se uma discussão sobre os temas que apresentaram certo padrão e os que foram mais frequentemente evocados pelas mães (Braun & Clarke, 2006).

Resultados

Os resultados serão apresentados pelas temáticas mais frequentemente evocadas nas entrevistas, explicitando semelhanças e diferenças relatadas pelas mães em relação a cada tópico. Com o objetivo de ilustração e detalhamento de algumas entrevistas, serão transcritos alguns trechos. Os temas serão divididos cronologicamente, situando os momentos em antes, durante e depois do Psicodiagnóstico.

Antes do Psicodiagnóstico:

- Percepção das dificuldades das crianças pelas mães

Em cinco entrevistas foi relatado pelas mães que elas notavam que o desenvolvimento dos seus filhos não acontecia da maneira esperada, ocasionando prejuízos para as crianças. Isso foi observado por algumas mães quando comparavam o desempenho de seus filhos em relação a outras crianças da mesma idade. Foi frequente também uma descrição das dificuldades de seus filhos como “não é normal”, ou “tem problema”. Elas relataram também muitas vezes já terem notado atrasos desde antes do ingresso da criança no sistema de ensino. A mãe de Marcos diz ter reparado, antes do filho entrar na escola, que “ele era diferente das outras crianças (...) e quando foi para o primeiro, segundo ano, isso começou a atrapalhar ele”. A mãe de Pedro também relatou que “já tinha percebido alguma coisa de errado com ele desde pequeno (...) apresentava dificuldade no colégio (...) era agressivo”. Após perceber as dificuldades, a motivação para buscar ajuda, na maioria dos casos, partiu das próprias mães, que procuraram serviços de saúde em busca de tratamento ou de “saber o que os filhos tinham” antes de chegarem ao CAP. Em todos os casos o pedido de avaliação foi feito por encaminhamento, e muitos pacientes já passaram por outros serviços de saúde antes do CAP. Predominantemente, foi após o ingresso na creche ou na escola que foi feita a busca por auxílio.

- Atendimento em serviços de saúde

Nos relatos de cinco mães, antes da chegada de seus filhos ao CAP já haviam ocorrido diversas passagens por outros serviços de saúde. Em alguns destes casos, este é um relato de momentos de angústia por parte das mães, e que essa situação “dá aquele desespero”, segundo a mãe de Gabriel. Isto porque os familiares procuravam muitos serviços sem obter explicações do porquê dos sintomas observados nos seus filhos, ou seja, sem um entendimento da situação. Além disso, por não saberem o que estava acontecendo, não sabiam como ajudar ou onde buscar ajuda. A mãe de Juliana conta que “nunca conseguiu retorno de saúde”, procurou atendimentos desde os quatro anos da menina, e em um Hospital acharam sua filha “normal”. A menina não tinha atendimentos frequentes nem recebia encaminhamentos para serviços que a auxiliasse em suas dificuldades escolares, de relacionamento e de convivência familiar.

Algumas delas relataram também uma falta de continuidade nestes atendimentos. Por exemplo, antes de conseguir atendimento em um hospital, a mãe de Lúcio disse que era encaminhada para vários outros, e que “me dispensavam, não queriam fazer tratamento com o menino, achavam complicado”. Algum tempo depois de conseguir acompanhamento em um hospital, Lúcio perdeu os atendimentos ao completar 12 anos, pois era adolescente e não havia mais médicos para atender pacientes de sua idade.

A mudança constante dos profissionais que acompanhavam os casos também foi relatada por algumas mães também após o psicodiagnóstico. Muitas delas entregaram o laudo para um profissional diferente daquele que havia indicado a avaliação psicológica. Marcos deixou de ter o atendimento que realizava com a psicóloga do Centro Integrado da Criança e Adolescente de sua cidade porque a profissional que o encaminhou para o CAP não estava mais atendendo no local quando a avaliação foi concluída. O laudo psicológico então foi entregue a neurologista, e em função de a hipótese de autismo ter sido descartada pela avaliação e do EEG não ter apontado alterações, o menino recebeu alta, mesmo a psicoterapia estando entre as indicações terapêuticas no laudo.

- Uso de medicações psiquiátricas

Quatro mães falaram espontaneamente sobre suas experiências com o uso de medicações por seus filhos. Nestes casos, três mães relataram alguma experiência com remédios que não tiveram efeito ou que pioraram o quadro dos filhos antes que fossem tentados outros medicamentos que tivessem um efeito benéfico. As mães de Pedro e Lúcio contaram sobre alguns fármacos que tiveram efeito contrário ao desejado, ou seja,

aumentaram os sintomas. Pedro ficou mais agressivo e não dormia. Após trocar a medicação para um antipsicótico e um antidepressivo, o menino melhorou. Já no caso de Lúcio, sua mãe conta que:

“Aqueles faltas de atenção dele (...) o médico indicou como se fosse crises de ausência de epilepsia, aí ele começou a dar remédio *pro* menino, aí começou a tomar o remédio e veio aumentar esse tique, daí foram dados remédios *pros* tiques, aí começou a piorar ainda mais, eles deram mais outros tipos de remédio, três tipos de remédio, aí afetou o coração dele, ele teve tipo uma arritmia cardíaca”.

Com a retirada de todos estes medicamentos Lúcio começou a melhorar. Atualmente faz uso de um antipsicótico e melhorou consideravelmente, praticamente não apresentando mais os tiques. A mãe de Juliana relata que o neurologista somente receitou o remédio, mas “não disse: a vida da Juliana vai ser assim”. Ela também pesquisou na internet e leu que “a ‘Ritalina’ é usada muito mais por causa da indústria farmacêutica”.

Durante o Psicodiagnóstico:

- Percepção das mães sobre o psicodiagnóstico e a devolução

Ao serem questionadas sobre o psicodiagnóstico, as mães foram bastante sucintas expondo suas lembranças. Duas mães disseram que seus filhos gostavam de ir aos atendimentos, e uma relatou que no dia que o filho ia ao CAP ficava mais motivado e feliz. Outras duas mães relataram que seus filhos tiveram dificuldades para fazer algumas tarefas. Uma mãe diz que em alguns dias seu filho estava mais quieto, e em outros estava mais falante. Outra mãe lembra que a avaliadora conversava com seu filho.

As mães foram questionadas sobre as suas lembranças do momento da devolução. Somente uma mãe relatou não lembrar quase nada sobre a devolução. As demais lembram das explicações dos avaliadores sobre o laudo e também de algumas indicações terapêuticas. A questão também propiciou que as mães expressassem aquilo que foi comunicado conforme seu entendimento, usando palavras e termos que representam para elas aquilo que foi dito. A mãe de Gabriel respondeu que:

“Ele vai aprender, mas vai demorar um pouco. (...) Ele tem que ter uma ajuda. Mesmo ele indo na *fono*, tem coisas que ela falou que não vai ensinar, que tem que ter a pessoa que entenda mais um pouco de Psicologia *pra* ensinar, porque a

criança de repente *tá* nervoso e não consegue. Foi mais ou menos o que ela falou *pra* mim. (...) o Gabriel é super inteligente, o problema do Gabriel é que ele é hiperativo e ele é imaturo”.

A mãe de Juliana disse que:

“Ela explicou muito bem, que teria que fechar o quadro com o neurologista, que ela sozinha não poderia dar a certeza do que a Juliana tem, isso depende de medicação, do *neuro*, *fonos*, psicólogos, que tudo isso é um conjunto”.

A mãe de Carlos lembrou que “ela disse que ele acompanha as crianças, é bem esperto, só que ele tem esse atraso em vista das outras crianças, *pra* a idade dele, *tá* bem atrasado. Daí encaminhou para psicopedagogia e psiquiatria”.

As reações das mães no momento da comunicação das conclusões ou dos diagnósticos e a maneira como se relacionaram com o recebimento destas informações foram as mais diversas. Três mães relataram que já sabiam ou esperavam as informações da devolução e do laudo, visto que já notavam sinais que apontavam para as conclusões e diagnósticos fornecidos. Por exemplo, a mãe de Marcos disse já ter tido contato com crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, e percebia que o menino era diferente destas, não estando surpresa com o não recebimento deste diagnóstico.

Algumas mães, diferentemente destas que tiveram suas expectativas confirmadas, não esperavam que os resultados do psicodiagnóstico seriam aqueles. A mãe de Juliana relatou sua dificuldade em compreender e aceitar as conclusões. Suas expectativas eram as seguintes: “Eu achava que seria autismo, algo que eu pudesse lidar, acho que a gente sempre espera uma notícia de algo que a gente vai lidar, porque essas síndromes a gente não sabe como lidar, especialmente hiperatividade”. Ao ser questionada se concordava com os resultados da avaliação, respondeu que “nos meus sentimentos não, mas a gente não é médico, a gente não entende (...) eu entendi as dificuldades dela, eu entendi o que que é um pouco, mas nada que eu saiba como lidar”. A mãe de Pedro também relatou dificuldades e solicitou atendimento psicológico para ela, fazendo esse pedido “*pra* entender a doença dele” (DI moderada). Além disso, teve uma compreensão distinta daquilo que foi escrito no laudo psicológico, relatando que o menino tem um diagnóstico que não foi confirmado. Constava no documento que a hipótese de Transtorno do Espectro Autista não foi confirmada. O trecho a seguir ilustra seu sofrimento, além da sua compreensão do diagnóstico:

“Eu esperava que não fosse nada assim nesse ponto que chegou (...) que fosse meio assim, só de normal né? Que não tivesse autismo, que fosse uma coisa normal, porque *pra* mim foi um choque. *Tá* sendo muito difícil (...) lá no começo assim quando eu descobri eu sofri muito *pra* lidar com isso, porque ele fica agressivo (...)”.

Ao final da entrevista, foi esclarecida esta informação para a mãe.

Estas duas mães acima citadas que contaram sobre suas dificuldades com o entendimento das situações dos seus filhos, juntamente com a mãe de Lúcio, verbalizaram que buscam ou precisam de apoio em função do cuidado oferecido aos filhos. Elas descrevem que despendem muito tempo na busca por atendimentos e oferecendo suporte em casa para seus filhos, inclusive algumas deixando de trabalhar com o objetivo de dedicar mais atenção a eles. A mãe de Lúcio também demonstra uma preocupação em relação ao seu papel na causa das limitações do menino, e diz que:

“Tem coisas que acho que seria bom uma ajuda, não sei se é ele ou eu que estou precisando, que é eu que *tô* falhando, meu filho não evolui no crescimento, não dorme sozinho, é quase que ter um bebê adulto em casa”.

- Percepções dos pais em relação aos resultados do psicodiagnóstico

Estas mesmas três mães relataram pouca participação dos pais de seus filhos no dia a dia, além de trazerem especificamente como foi sua reação com a realização da avaliação e com o recebimento do laudo. A mãe de Juliana disse que o pai da menina optou por não ver o documento, mas ainda assim ele questiona o fato de não terem sido evidenciadas dificuldades cognitivas. Já o pai de Pedro leu o laudo, mas também discordou do resultado:

“O pai reagiu mal, não gostou, ‘não, meu filho não tem nada, meu filho não é doente’(...) o pai dele também é pai, mas é uma pessoa que não dá pra contar. Quando eu cheguei em casa eu peguei o laudo e atirei nas mãos dele, porque desde pequeno eu sabia que o guri tinha problema (...) só que meu marido ele não queria enxergar aquilo ali”.

A mãe de Lúcio percebe que o pai do paciente somente convive com ele quinzenalmente, mas não colabora com a educação do menino, nem se preocupa com ele em relação a escola e aos tratamentos de saúde. Diferentemente dos outros pais, este estava presente na devolução, e, segundo a mãe, ouviu tudo que a avaliadora falou. Depois disso ela disse que ele se se preocupa menos e conversa com o menino, mas que

não tiveram muitas mudanças no seu relacionamento. Também considera que, para o pai, “se ele tivesse feito ou não feito não teria a menor importância”.

- Percepção e apoio da família extensa

Em relação às reações dos demais familiares, a mãe de Pedro conta que os avós do menino concordaram com o resultado da avaliação e percebiam que o menino “era diferente”. Já no caso de Marcos, nem todos os familiares concordaram com os resultados da avaliação:

“Tenho uma tia e o próprio avô que acham estranho ele continuar ficar conversando sozinho e gesticulando. Eles seguem teclando na tecla do autismo, que ele tem tipo o espectro número um, mais leve, mas que tem alguma coisa de errado, tem”.

A mãe de Juliana também não contou com o apoio da família, diz que “a família não tem estudo, são ignorantes, ninguém entende o que ela tem e ninguém aceita, ninguém vem *pra* me ajudar, ninguém tem paciência com ela”.

- Impactos do psicodiagnóstico

Sobre os impactos do psicodiagnóstico na vida do paciente, em todas as entrevistas o psicodiagnóstico apareceu como uma ajuda secundária, ou seja, como um auxílio indireto às suas dificuldades. Um exemplo bastante citado pelas mães foi da percepção da avaliação realizada como uma ajuda aos pais ou aos profissionais para que pudessem entender o que está acontecendo, oferecendo assim intervenções de acordo com a situação individual de cada uma das crianças e adolescentes. Além disso, relatam que as indicações terapêuticas oferecem um direcionamento para quais serviços devem ser procurados para auxiliar na melhora das queixas. Ao ser questionada se o psicodiagnóstico ajudou na vida do paciente e como, a mãe de Gabriel diz que modificou seu entendimento e suas atitudes com o menino: “Sim, agora eu tenho mais paciência, coisa que eu achava que era desinteresse da criança, eu achava que ele não fazia porque não queria, mas não, é porque ele não consegue mesmo”. A mãe de Juliana, ao ser questionada se o psicodiagnóstico a auxiliou a entender as dificuldades da menina, disse que

“Me ajudar a saber o que ela tem, não, mas ajudou a outros médicos ter um rumo, porque nunca teve um rumo da Juliana, eu tenho papel dizendo que ela tem retardo mental, sem fazer exames, tem médicos que dizem que ela não tem nada, então isso foi um rumo bem interessante, porque o médico até então não

sabia, *tava* mandando fazer exames mas não tinha um rumo para me dar, e ele foi pelo rumo que a avaliadora deu *pra* ele”.

Após o Psicodiagnóstico:

- *Encaminhamento*

Ao final da avaliação, todas as mães entregaram o laudo para quem encaminhou o paciente ao CAP, para algum outro serviço de saúde ou para escola. Todos os profissionais concordaram com as informações do documento, exceto no caso de Lúcio, onde a psiquiatra discordou dos diagnósticos, associando os tiques do menino à ansiedade, e não aos diagnósticos de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Síndrome de Tourette.

Sobre as indicações terapêuticas, a tabela abaixo (tabela 2) apresenta quais delas foram seguidas ou não.

Tabela 2. Seguimento das indicações terapêuticas

Paciente	Conclusão/ Diagnóstico	Indicações Terapêuticas	Procurou atendimen- to?	Conse- guiu atendi- mento?	Comentários
Gabriel	- TDAH comórbido a epilepsia	Psicopedagogia	Tinha atendimento antes da av. psicológica	Não	Após entrega do laudo no serviço que realizava disseram que “não precisava atender ele porque ele era imaturo e não precisava”. A mãe buscou fonoaudiologia espontaneamente.
		Psicoterapia	Sim	Não	Não encontrou locais na sua cidade em que realizassem atendimento a baixo custo.
Marcos	- Dif. em reconhecer fonemas - Dif. de iniciativa e manutenção das relações sociais	Fonoaudiologia	Sim	Sim	Procurou em função da sensibilidade auditiva. Teve atendimento em uma clínica popular, mas fez somente avaliação, sem acompanhamento, pois a audiometria não apontou alterações. Não houve um entendimento de que a indicação era de acompanhamento.
		Psicoterapia	Sim	Não	Foi encaminhado pela psicóloga para avaliação, mas esta não estava mais no posto quando a avaliação foi concluída. O laudo foi entregue para a neurologista, que deu alta.
		Atividades extraclasse	Sim	Não	Mãe fez diversas tentativas com esportes, mas o menino não gostou dos mesmos, e não encontrou outro local que oferecesse teatro (atividade que Marcos gostaria de realizar) a baixo custo em sua cidade.

Juliana	-Transtorno esp. da aprendizagem grave com prejuízo em leitura, escrita e matemática - Suspeita de TDAH pred. desatento	Fonoaudiologia	Sim	Sim	Realizando em um serviço-escola.
		Pedagogia	Sim	Sim	Realizando na escola.
		Avaliação neurológica	Sim	Sim	Fez exames com neurologista que não indicaram alterações.
		Psicoterapia familiar	Não	Não	Não havia buscado após avaliação. Fonoaudióloga também sugeriu psicoterapia, e então passou a ter atendimentos recentemente.
Pedro	- DI moderada	Manter at. Psiquiátrico	Sim	Sim	Continua com acompanhamento no posto.
		Avaliação fonoaudiológica	Sim	Não	No posto de saúde tem este atendimento, mas orientaram que tentasse em uma Instituição multidisciplinar que atende pessoas com deficiência, a fim de que ficasse com atendimentos no mesmo local. Foi chamado na instituição, mas o menino teve dificuldades em comparecer ao atendimento, assim foi para o final da lista e aguarda ser chamado novamente.
		Frequentar APAE, AACD ou sala de recursos ou ter monitor individual	Sim	Sim	Está em uma escola especial e aguarda ser chamado nesta Instituição multidisciplinar que atende pessoas com deficiência.
		Avaliação neurológica	Sim	Sim	Foi feita no posto de saúde.
		Equoterapia	Não	Não	Pedro não quis, disse que não iria subir em um cavalo.
Carlos	-DI leve -TDAH	Psiquiatria	Sim	Sim	Informaram que, no local, os profissionais da especialidade realizavam tratamento (terapia) e encaminhou para neurologia. Segue acompanhamento neurológico.
		Psicopedagogia	Sim	Não	Não estavam realizando atendimentos e iria indicar outros locais, mas não entrou em contato novamente.

Lúcio	- Transt. obsessivo compulsivo	Terapia familiar	Não	Não	Mãe disse que o pai do menino não iria frequentar, então achou que não teria necessidade somente dela e de Lúcio irem aos atendimentos.
	- Síndrome de tourette	Psicoterapia abordagem cognitivo comportamental	Não	Não	A mãe não compreendeu a indicação. Teve um entendimento do psicodiagnóstico como uma terapia breve.
		Continuar acompanhamento com psiquiatra, cardiologista e neuropediatra	Sim	Sim	Continua com os atendimentos no hospital. Psiquiatra discordou do resultado da avaliação.
		Reavaliação	Não	Não	Será chamado em 2016 para reavaliação no CAP.

Percebe-se que a maioria das famílias buscaram grande parte dos encaminhamentos. Todas as mães procuraram pelo menos um atendimento daqueles sugeridos. Ainda assim, percebe-se que todos os atendimentos médicos sugeridos foram buscados e, em todos eles, foi feito o acompanhamento necessário. Já em relação à psicoterapia, dos quatro pacientes que receberam essa indicação, nenhum está em atendimento, seja por não ter buscado ou não conseguir atendimento. Ambos pacientes que receberam indicação de acompanhamento fonoaudiológico estão em atendimento. No caso do paciente que recebeu indicação de avaliação fonoaudiológica, esta não foi realizada em função de sua dificuldade em comparecer ao serviço. Em três casos foi indicado que se realizasse acompanhamento com pedagogia ou psicopedagogia. Destes, apenas um conseguiu atendimento, sendo que um dos pacientes que não está sendo atendido perdeu a vaga que tinha antes de realizar a avaliação, em função de seu caso ter menor gravidade (ver tabela 2).

Também em relação aos encaminhamentos, como já citado anteriormente, algumas dificuldades foram mencionadas com relação a esses serviços. Alguns exemplos foram relatados no campo “observações” da tabela 2. Segundo as mães, muitas destas situações envolvem uma falta de vagas para atendimento, onde os serviços priorizam demandas mais graves, ou possuem uma lista com tempo de espera grande.

- Situação atual

No momento atual, após a avaliação, todas as mães relataram que os filhos ainda enfrentam dificuldades, muitas delas relacionadas com os motivos que as levaram ao CAP. Ainda assim, todas também relatam mudanças em níveis variados após o processo. Estas mudanças são relatadas na tabela 3. Muitas trouxeram que a intensidade ou severidade dos sintomas diminuiu. Quatro mães dizem que aconteceu uma melhora na escola em relação ao momento em que procuraram o psicodiagnóstico. A mãe de

Carlos conta que agora o caderno do filho é cheio, o que não acontecia antes, e que o menino está copiando as coisas do quadro. A mãe de Marcos diz que ele não teve mais notas vermelhas e está mais comunicativo. A mãe de Lúcio diz que a melhora escolar é em função da diminuição dos tiques, fazendo com que o menino consiga copiar e não tenha mais vergonha de frequentar o ambiente escolar.

Das duas mães que não relataram diferenças escolares, as mudanças ocorreram em outros aspectos. A mãe de Pedro diz que o menino está tendo menos crises de agressividade. Já a mãe de Juliana conta que a menina está mais interessada nas questões escolares e que ela não apresenta mais enurese. Os motivos atribuídos às mudanças foram os mais diversos, como o início de algum atendimento relacionado às dificuldades escolares, ou como a troca da professora, no caso de Marcos. Em dois casos, mudanças de medicação e até mesmo o psicodiagnóstico foram citados como razões para as melhoras.

Tabela 3. Mudanças relatadas após o Psicodiagnóstico

Paciente	Mudanças relatadas	Ao que associa as mudanças
Gabriel	Melhora no desempenho escolar, agora consegue juntar as letras.	Aos atendimentos de fonoaudiologia.
Marcos	Está mais calmo, melhora na escola, melhora na leitura, maior socialização.	Desde o início de 2016, à troca de professora.
Juliana	Não melhorou desempenho escolar, mas está mais interessada. Não tem mais enurese.	Ao psicodiagnóstico realizado no CAP.
Pedro	Está tendo menos crises. Começou a frequentar escola especial há pouco tempo, ainda não notando mudanças.	À introdução da medicação Fluoxetina.
Carlos	Melhora na escola, melhora no desempenho escolar, copia mais.	À sala de recursos que frequenta desde 2015.
Lúcio	Praticamente não tem mais tiques, melhorou na escola em função da diminuição dos tiques, tem mais facilidade em copiar.	À mudança de medicação.

Discussão

O fato de as mães já notarem dificuldades de seus filhos antes de serem alertadas por profissionais da saúde ou da educação demonstra o papel importante desempenhado pelo olhar atento da família no desenvolvimento das crianças. Atualmente, consideram-se tanto fatores biológicos quanto ambientais como determinantes para o desenvolvimento infantil (Pinheiro, 2007). A influência destas dimensões pode ser

utilizada para compreender manifestações comportamentais e também para pensar no processo de aprendizado. A identificação precoce de dificuldades nessas áreas pode facilitar a prevenção ou tratamento de possíveis complicações mais graves decorrentes destas. Assim, programas de intervenção focando na psicoeducação às famílias e escolas podem ser instrumentos para estimular a atenção ao desenvolvimento das crianças. Estas ações podem informar sobre o que é esperado nas fases do desenvolvimento e quais aquisições escolares são esperadas aproximadamente em qual etapa. Desta maneira, caso as famílias suspeitem de dificuldades nestas áreas, podem procurar ajuda antes que estas se tornem mais graves e possam trazer problemas para as crianças. Além disso, conforme previsto pelo ECA (Brasil, 1990), os profissionais da escola capacitados para isso poderão orientar os pais a buscarem ajuda caso percebam alguma dificuldade no âmbito escolar. Assim, com a identificação precoce, promovem-se intervenções focadas na criança e também no contexto familiar, visando a prevenção.

Além dessa implicação dos familiares, dedicando um olhar cuidadoso para as aquisições e dificuldades, as relações deste sistema também são fatores importantes para o desenvolvimento infantil. Sabe-se que o círculo familiar pode ser um facilitador ou um fator de risco para as aquisições das crianças. A Cartilha “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (Brasil, 2014) reforça a importância do fortalecimento das redes de apoio das crianças e adolescentes e considera este um fator importante para a produção de saúde desta população. Assim, intervir neste contexto pode gerar muitos benefícios em termos de prevenção. A busca por maior qualidade de vida dessas pessoas, assim como ações focadas nas relações entre os membros da família poderiam refletir em outros ambientes, como, por exemplo, a escola. Ações preventivas como estas podem beneficiar não só as crianças, mas também o sistema de saúde como um todo, diminuindo a demanda por atendimentos especializados (Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007).

Pensando-se na dimensão biológica, o desenvolvimento cerebral é influenciado tanto por aspectos biológicos como por estímulos externos, e estes últimos estimulam as comunicações neuronais (formação de sinapses) ao longo do desenvolvimento. O aumento destas conexões é chamado de plasticidade cerebral, e esta é responsável por regular tanto competências básicas do corpo humano, assim como competências mais complexas, como a aprendizagem (Vilanova, 1998). Sabe-se que até os seis anos de idade é um período crítico para estas aquisições de conexões cerebrais, e, ao intervir nesta fase, pode-se prevenir ou reduzir fatores de risco de desenvolvimento (Neto,

Molinari & Sant'Ana, 2002). Além disso, Fonseca (2007) afirma que a identificação precoce das dificuldades de aprendizagem é uma das estratégias de prevenção mais importantes, visto que a plasticidade neuronal é maior no período pré-escolar, ou seja, intervenções podem ter bons resultados nas aprendizagens posteriores. Assim, crianças que apresentam algum atraso no desenvolvimento poderiam ser estimuladas, tendo respostas positivas a estas intervenções. A longo prazo, isso poderia diminuir a intensidade dos sintomas que levam à procura de serviços como o CAP, como as queixas de dificuldade de aprendizagem.

Entretanto, mesmo com ações de prevenção e estimulação, algumas crianças podem precisar de atendimentos em saúde mental e no contexto escolar. Percebeu-se que muitas famílias que buscam serviços de saúde em função de dificuldades enfrentadas pelos seus filhos, mesmo que façam isso precocemente, não são acolhidas. A passagem por muitos serviços foi uma situação comum enfrentada pelas mães antes da sua chegada ao CAP, e em muitos casos, após o psicodiagnóstico esta busca por atendimentos se manteve. O público do serviço são majoritariamente famílias de baixa renda, as quais na maioria das vezes não podem pagar pelos diversos atendimentos que os pacientes necessitam. Assim, pode-se considerar que a rede de saúde não possui equipes e serviços suficientes atender toda a demanda que a população apresenta. Muitos locais de atendimento precisam priorizar casos mais graves, visto que não possuem estrutura para receber todos os pacientes. Assim, frequentemente criam-se filas de espera muito extensas entre pacientes cujos sintomas não caracterizam atendimentos de urgência (Oliveira, Mattos & Souza, 2009; Caçapava & Colvero, 2008).

Apesar disso, observou-se que todos os pacientes conseguiram os atendimentos médicos recomendados nas indicações terapêuticas. Já aqueles que necessitavam de outros serviços, como psicoterapia, nem sempre tiveram acesso aos mesmos. Além disso, muitas famílias não buscaram este serviço. Assim, podemos questionar se esta escassez de atendimentos em saúde mental na rede se relaciona com a concepção de saúde que se perpetua na percepção da população de um modo geral, e também com a qual se trabalha na prática. Sobre esta concepção, primeiramente destaca-se a noção de saúde focada no tratamento. Lembramos que o entendimento de saúde integral adotado pelo SUS considera que esta é composta e promovida por diversos setores, incluindo educação, esporte e lazer, habitação e cultura (Brasil, 2005). Apesar disso, no Estatuto da Criança e do Adolescente estas áreas não estão contempladas juntamente às noções de saúde (Brasil, 1990). Ainda, não há um artigo dedicado à atenção à saúde mental

dessa população, nem políticas públicas de saúde mental exclusivas para este público. De alguma maneira, isso se reflete nos atendimentos oferecidos, onde parece ser priorizada uma lógica de tratamento em detrimento de uma maior valorização da prevenção e promoção de saúde. Czeresnia (2003) pontua que um foco positivo na saúde através de ações como estas é um desafio, visto que se expande muito amplamente o conceito, tornando difícil intervir. Assim, o objetivo da intervenção acaba passando por muitas áreas. Tratando-se crianças e adolescentes, a prevenção pode gerar benefícios muito importantes futuramente. Uma maneira de fazer isso é investindo nestes serviços que estão inclusos na lógica da saúde integral. Além de um aumento da qualidade de vida dos sujeitos, o sistema de saúde pode ficar menos sobrecarregado, inclusive financeiramente, pela diminuição da demanda por tratamentos.

Lucchese, Oliveira, Conciani e Marcon (2009) criticam um modelo de saúde baseado na doença, visto que perpetua uma lógica de encaminhamentos em detrimento de uma maior preparação de equipes multidisciplinares. Silva e Rodrigues (2010) e Campos, Barros e Castro (2004) também relatam que um dos desafios da promoção de saúde é a noção ampliada desta, ou seja, percepção da saúde como qualidade de vida, e não focada na doença. Além disso, para que sejam estimuladas práticas a partir deste paradigma, também consideram que a intersetorialidade desempenha papel fundamental, e que precisam ser construídos espaços para que isso se articule na prática. A partir disso, discute-se o papel desempenhado pelas especialidades da área da saúde, muitas vezes com pouca articulação entre elas.

Assim, outro ponto a ser destacado sobre a concepção de saúde é a valorização biomédica. A medicina muitas vezes é percebida como sendo a área que gera maior efetividade na atenção à saúde, e em algumas situações como sendo a principal especialidade que fica responsável pelos cuidados em saúde mental (Lucchese, Oliveira, Conciani & Marcon, 2009; Kamers, 2013). Percebe-se que as famílias também parecem buscar os atendimentos pautados nesta mesma concepção, muitas vezes desconhecendo as outras especialidades e que tipo de trabalho desempenham. Os tratamentos de outras áreas também devem ser valorizados, dentre os quais se insere a Psicologia, por exemplo. Lucchese, Oliveira, Conciani e Marcon (2009) afirmam que a perpetuação do paradigma biomédico está associado com a formação dos profissionais e também com a organização das instituições nas quais trabalham. Os autores defendem que uma mudança nesta lógica está associada aos relacionamentos entre os profissionais da saúde

e os usuários, onde deve ocorrer uma maior atenção dos trabalhadores da área com questões relativas à saúde mental.

Muito associado a esta valorização dos atendimentos médicos, está o tratamento medicamentoso como uma questão central em muitos tratamentos. Observou-se a relevância atribuída pelas mães ao uso de medicações em relação aos sintomas de seus filhos. Esta temática surgiu espontaneamente nos relatos, o que indica que isto mobiliza estas mães, e que os psicólogos que realizam o psicodiagnóstico precisam estar atentos às mudanças comportamentais relatadas pelos pais com o uso dos remédios. Esta investigação deve ser realizada nos momentos iniciais do processo, visto que a administração de fármacos pode influenciar os resultados da avaliação. Isso pode acontecer em função de mudanças nos comportamentos observados pelo avaliador, ou mesmo alterar resultados de testes caso o paciente esteja sob o efeito das medicações no momento de sua aplicação. Apesar desta investigação ser necessária, muitas vezes é difícil diferenciar se determinado sintoma é consequência exclusiva do uso dos fármacos, visto que alguns sinais podem ser decorrentes de diversos fatores interligados (Xavier & Chachamovich, 2016).

Além disso, nota-se que o debate sobre a medicalização se estendeu para além do círculo acadêmico, estando ao acesso do público em geral. Muitos estudos atualmente vêm criticando o uso excessivo, desnecessário de medicamentos psiquiátricos, ou mesmo destes como única forma de assistência à saúde mental (Lucchese, Oliveira, Conciani & Marcon, 2009; Kamers, 2013). A divulgação deste debate pareceu provocar dúvidas em uma das mães que foi entrevistada. Visando aumentar a participação dos pacientes e seus familiares nos tratamentos farmacológicos, em 2014 foi publicado um Guia de Apoio a Moderadores para Gestão Autônoma da Medicação (Campos et al, 2014). A proposta é reconhecer que cada pessoa tem uma reação diferente às medicações, e que elas possam conversar com os profissionais caso não se adaptem ao fármaco prescrito. Assim, a decisão sobre a administração dos remédios é compartilhada entre os profissionais e os usuários. Uma crítica relevante levantada neste documento é a falta de acesso à informação, onde muitas vezes a prescrição acontece sem uma comunicação clara do motivo pelo qual isso acontece, além de não informar sobre os riscos e efeitos colaterais. Esta falha de comunicação foi uma reclamação de algumas mães sobre alguns médicos com quem os seus filhos consultaram. O receio delas em relação a outros tratamentos medicamentosos pode ser em função dos efeitos negativos que perceberam em situações anteriores com outros

medicamentos. Caso fossem alertadas sobre os riscos, poderiam ter conhecimento daquilo que é ou não esperado para determinado fármaco, evitando surpresas com o surgimento de reações adversas. Além de estimular um questionamento sobre estes temas tão importantes relativos à saúde, o maior acesso a informações pode ter como consequência o aumento da aderência aos tratamentos, visto que estimula o uso consciente dos medicamentos, compreendendo a importância e efeitos destes.

A clareza nas informações é também um aspecto extremamente relevante no psicodiagnóstico. É papel do avaliador comunicar os resultados para os pacientes e familiares de maneira clara, com uma linguagem adaptada para cada pessoa (Albornoz, 2016). Também, deve-se evitar o uso de termos técnicos, e, caso o faça, deve ser explicado o seu significado. A assimilação de cada pessoa sobre o que foi dito é singular, e percebeu-se que a maneira como foram compreendidas as conclusões tem forte influência dessas percepções individuais. Ao longo do tempo, estas informações vão sendo acomodadas, e o sentido feito por cada um vai sendo construído. Assim, é importante que os serviços e os profissionais façam um acompanhamento das famílias, verificando se houve de fato uma compreensão daquilo que foi comunicado. Muitas vezes, as dúvidas aparecem depois da entrevista de devolução, e alguns familiares podem não procurar novamente o serviço para esclarecimentos. Por isso, é importante possibilitar uma abertura e flexibilidade, de maneira que os resultados sejam explicados à medida em que estes vão sendo assimilados. Outra maneira de fazer isso é através de um encaminhamento implicado, onde o profissional irá acompanhar o caso até sua inserção em outro serviço (Brasil, 2014). Porém, muitas vezes esta é uma realidade difícil de ser vivenciada em locais como o serviço escola, em função da dificuldade de contato com os serviços de saúde, além da grande demanda por atendimentos.

Em função do impacto que o psicodiagnóstico tem nestas famílias, a implicação dos familiares no processo de devolução deve ser estimulada. No momento em que é valorizado o seu papel central na vida dos pacientes, os cuidadores podem perceber a responsabilidade que possuem ao se apropriarem do entendimento da situação de seus filhos. A consequência disso deve ser a procura pelas indicações sugeridas, a fim de diminuir os sintomas que levaram à busca pelo psicodiagnóstico. Além dessa busca externa, uma maior atenção dedicada aos seus filhos também no contexto familiar é importante nesses casos. Talvez esta implicação nos tratamentos seja exaustiva, de modo que isso se torne uma grande carga caso apenas uma pessoa assuma esses cuidados. Algumas mães relataram uma dificuldade de compreensão das informações.

Ao mesmo tempo que a busca por ajuda partiu porque elas percebiam que haviam dificuldades, a comunicação dos resultados fez com que algumas mães fossem surpreendidas. Algumas delas associam essa dificuldade ao fato de elas mesmas demonstrarem não conseguir ajudar os seus filhos em função de uma sobrecarga. Entre estas mulheres, a falta de uma rede de apoio é um fator importante. Ao perceber que os seus filhos precisarão de atendimentos constantes e especializados e de atenção em outros ambientes como a casa e a escola, as mães podem sentir que precisam abrir mão de muitas coisas para proporcionar isso a eles. Esse sofrimento foi percebido em alguns relatos.

Essas percepções das mães enfatizam novamente a importância do contexto familiar, desta vez especificamente em relação ao psicodiagnóstico. O pouco envolvimento dos pais dos pacientes na realização da avaliação e, muitas vezes, também em outros momentos da vida dos filhos, foi marcante nos relatos destas mulheres. As mães que relataram dificuldades em compreender os resultados da avaliação são as mesmas que também falaram sobre a participação limitada dos pais. O fato de negar as dificuldades dos filhos pode prejudicá-los, visto que pode não haver um estímulo para a busca de ajuda por parte dos genitores. Além disso, os entendimentos muito divergentes sobre os mesmos sintomas dos filhos podem ocasionar manejos muito distintos por parte de cada um dos pais, o que pode confundir as crianças e adolescentes. Outro ponto relevante é que as mães, ao mesmo tempo que percebem dificuldades em seus filhos, não têm sua percepção validada. Isto pode agravar a sensação de desamparo, de não ter uma rede de apoio para contar e de precisar assumir todos os cuidados sozinhas. Além disso, pode fazer com que passem a duvidar de algumas constatações do psicodiagnóstico quando são questionadas pelos pais.

Assim, sugere-se que todos os membros mais próximos família devem ser envolvidos no processo de avaliação. A participação mais ativa destes auxilia na assimilação do processo como um todo. O fato de acompanhar seus filhos ao longo do processo envolve participação em entrevistas, de modo que os familiares possam pensar sobre questões que talvez nunca tenham considerado relevantes. Além disso, especialmente na devolutiva, os esclarecimentos do avaliador são fundamentais para a compreensão do laudo entregue. A comunicação oral segue uma linha de raciocínio, expondo, questionando, provocando associações e mobilizando quem está recebendo a devolução. O detalhamento do documento e a possibilidade de esclarecer dúvidas é essencial para, além de entender o funcionamento do paciente, poder aceitar as

indicações terapêuticas. O psicodiagnóstico, por mais que não se proponha a ser um “psicodiagnóstico interventivo”, gera desconfortos e mudanças (Lazzari & Schmidt, 2008). Esta participação ativa deve ser aberta também para outros membros da família que convivem rotineiramente com o paciente, visto que estas mudanças provenientes do psicodiagnóstico irão também afetar essas relações.

As mudanças que as mães relataram perceber nos pacientes, demonstram que essas diferenças podem ser decorrentes do processo do psicodiagnóstico. Isso acontece porque acompanhar o processo como um todo envolve uma implicação dos cuidadores seja em levar os filhos para atendimento, participar de entrevistas, responder escalas, ouvir a devolução. Este envolvimento estimula que os responsáveis olhem para seus filhos, percebam sua situação e que possam notá-los com bastante atenção. Receber este olhar atento dos cuidadores pode auxiliar os pacientes, na medida que estes se sentem mais amparados no ambiente familiar (Szymanski, 2006). Mesmo que isso não ocorra durante o psicodiagnóstico, com as indicações terapêuticas é necessário que seja dedicada uma atenção aos pacientes e suas dificuldades para buscá-las e manter o engajamento no tratamento.

O fato de as mães terem relatado que a avaliação as ajudou na compreensão do funcionamento dos seus filhos e auxiliou em como eles podem ser ajudados, demonstra que o psicodiagnóstico, nestes casos, cumpriu a função de comunicação de potencialidades e dificuldades, bem como na orientação para os serviços que podem auxiliar nestas últimas. Além disso, é importante ressaltar que a coleta de dados foi baseada nos relatos das mães. Assim, as mudanças que ocorreram podem estar relacionadas com uma mudança na maneira que os cuidadores enxergam seus filhos, justamente por esta compreensão que o psicodiagnóstico proporciona.

A ajuda aos profissionais também é positiva, visto que pode direcionar o tratamento de acordo com as informações descritas. Entretanto, deve-se ter extrema atenção na escrita. É importante ressaltar que, conforme trazido pelas mães, os laudos foram entregues em diversos locais, como hospitais, escolas e clínicas. Este é um documento que tem uma circulação muito grande, o que aumenta a responsabilidade do profissional autor sobre as informações ali contidas. Por isso, é preciso se certificar de que os dados estão corretos, revisando-se o que foi relatado. A clareza e objetividade também são importantes nestes casos, visto que as interpretações sobre as informações não podem distorcer os resultados da avaliação. Também não devem ser usadas

expressões com juízo de valor, visto que o documento é decorrente das informações apreendidas pela avaliação (Lago, Yates & Bandeira, 2016).

Considerações finais

Aponta-se como limitação do estudo o fato de apenas mães terem sido entrevistadas, sem a participação de pais e outros cuidadores. Isto se deu especialmente pela dificuldade de contato com outros familiares dos demais casos. Além disso, percebeu-se que todas as mães que aceitaram participar e compareceram eram aquelas que ainda tinham alguma queixa em relação aos sintomas de seus filhos. Assim, o fato de ter aceitado participar pode ser relacionado a uma necessidade de um espaço de escuta destas dificuldades, o que pode enviesar os resultados em relação às mudanças após o psicodiagnóstico e as indicações terapêuticas.

Conforme discutido, o psicodiagnóstico se insere em um contexto que se articula com diversos serviços e ambientes, estando sob influência de muitos aspectos, como o paciente, sua família e o profissional responsável pela avaliação. Assim, é preciso levar em consideração todos estes fatores no momento da avaliação, e, especialmente na devolução e após ela. Se apropriar das realidades de cada família e das possibilidades oferecidas a estas após o psicodiagnóstico pode contribuir para que o profissional oriente o paciente e cuidadores conforme estes compreendam, além de encaminhar de acordo com a sua realidade e suas possibilidades, se implicando neste processo. Assim, espera-se que o psicodiagnóstico cumpra a sua finalidade, gerando benefício para os pacientes e demais familiares.

Referências

- Albornoz, A. C. G. (2016). A devolução das informações do psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R. Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Eds.), *Psicodiagnóstico* (160-171). Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (2016). Psicodiagnóstico: formação, cuidados éticos, avaliação de demanda e estabelecimento de objetivos. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R. Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Eds.), *Psicodiagnóstico* (21-26). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm
- Brasil (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic analysis in psychology. *Qualitative Reserch in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de avaliação psicológica – CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica*, 25(1), 101-114.
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Campos, G. W., Barros, R. B. & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), 745-749.
- Campos, R. T., Palombini, A. L., Passos, E., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Melo, S. S. J., Silveira, M., Guerra, S., Vasconcelos, C. S., Guerini, L. & Un, J. A. W. (2014). *Gestão autônoma da medicação – guia de apoio a moderadores*. São Paulo: Unicamp.
- Caçapava, J. R. & Colvero, L. A. (2008). Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29 (4), 573-580.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (4), 390-398.
- Cunha, J. A. (2007). Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica. In Cunha, J. A. (Ed.) *Psicodiagnóstico – V* (5 ed. rev. e ampl.). (19-22). Porto Alegre: Artmed.

- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.) *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (43-57). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M. & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa de Saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, 41 (2), 251-259.
- Fonseca, V. (2007). Dificuldades de aprendizagem: na busca de alguns axiomas. *Revista Psicopedagogia*, 24 (74), 135-148.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18 (1), 153-165.
- Krug, J. S., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R. Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Eds.), *Psicodiagnóstico* (16-20). Porto Alegre: Artmed.
- Lago, V. M., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2016). Elaboração de documentos psicológicos: considerações críticas à resolução CFP nº 007/2003. *Temas em Psicologia*, 24 (2), 771-786.
- Lazzari, J. M. W. & Schmidt, E. B. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica*, 7 (2), 211-221.
- Lucchese, R., Oliveira, A. G. B., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no programa de saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (9), 2033-2042.
- Neto, M. H. M., Molinari, S. L. & Sant'Ana, D. M. G. (2002). Relações entre estimulação, aprendizagem e plasticidade do sistema nervoso. *Arquivos da Apadec*, 6 (1), 9-14.
- Oliveira, L. H., Mattos, R. A. & Souza, A. I. S. (2009). Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (5), 1929-1938.
- Pinheiro, M. (2007). Fundamentos de neuropsicologia – o desenvolvimento cerebral da criança. *Vita et Sanitas*, 1 (1), 34-48.
- Portugal, P. N., Riter, H. S., Golbert, K. S. Vaz, R. T. G. & Silva, M. A. (2014, novembro). *Diagnósticos recebidos por crianças e adolescentes com queixa de dificuldades de aprendizagem avaliados em uma clínica-escola de Porto Alegre..* Poster apresentado no Congresso “XI Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & IV Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica”.

- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escola. *Avaliação Psicológica* 7(1), 85-91.
- Rigoni, M. S., & Sá, S. D. (2016). O processo psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R. Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Eds.), *Psicodiagnóstico* (27-34). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, K. L. & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para promoção de saúde na estratégia de saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (5), 762-769.
- Szymanski, H. (2006). Práticas educativas familiares e o sentido da constituição identitária. *Paidéia*, 16 (33), 81-90.
- Vilanova, L. C. P. (1998). Aspectos neurológicos do desenvolvimento do comportamento da criança. *Revista neurociências*, 6 (3), 106-110.
- Xavier, F. M. F. & Chachamovich, E. (2016). A influência do uso de fármacos no psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R. Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Eds.), *Psicodiagnóstico* (126-135). Porto Alegre: Artmed.

Anexo A



CENTRO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por meio deste, declaro ter sido informado(a) adequadamente, de forma clara e detalhada, sobre o processo de avaliação que realizarei ou que meu dependente realizará nesta instituição e estou de acordo com os critérios listados a seguir:

- Autorizo a utilização dos materiais (testes, questionários, entrevistas, escalas) produzidos ao longo dos meus atendimentos e/ou do meu dependente para pesquisas que investigam o processo psicodiagnóstico através do estudo das informações fornecidas durante a avaliação psicológica, com o objetivo de:
 - (a) investigar o funcionamento do CAP;
 - (b) acompanhar os casos após as avaliações realizadas e investigar sobre motivos de desistências e abandonos do processo de avaliação;
 - (c) realizar estudos de caso sobre o funcionamento psicológico das pessoas que participaram de um processo de avaliação psicológica no CAP.
- Além disso, autorizo o contato dos profissionais do CAP mesmo após o término do processo de avaliação psicológica, caso haja necessidade, e me disponho a contribuir fornecendo informações adicionais para pesquisas com esse caráter.
- Estou ciente da possibilidade de colaborar em estudos acadêmicos permitindo que outras pessoas observem os atendimentos realizados comigo e/ou do meu dependente, caso haja necessidade.
- Entendo que, na possibilidade dos dados serem utilizados em pesquisas futuras, não haverá identificação dos participantes e se manterá o caráter confidencial das informações registradas a fim de manter a privacidade dos envolvidos.

Em relação aos meus direitos, estou ciente que será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Somado a isso, poderei obter esclarecimentos sobre o desenvolvimento das possíveis pesquisas desenvolvidas, bem como de seus resultados. É garantido o sigilo, assegurando a privacidade das informações. As pesquisas desenvolvidas não apresentarão riscos ou malefícios diante de minha participação.

Se tiver qualquer dúvida, poderei entrar em contato com o Centro de Avaliação Psicológica (CAP) UFRGS pelo telefone (51) 3308-5453 e obter informações com qualquer profissional do serviço que esteja disponível. Da mesma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, no qual esse projeto foi aprovado, pelos telefones (51) 3308-5698 c/ Ricardo Rambo (Secretário) ou (51) 3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia).

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar das pesquisas que poderão ser desenvolvidas com as informações obtidas no processo de avaliação psicológica realizado comigo e/ou com meu dependente e por isso dou meu consentimento. Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, de de 20 .

Assinatura do Participante ou Responsável

Assinatura do Profissional do CAP/UFRGS

Anexo B

Levar preenchido

1 - Dados do paciente: Idade que tinha quando realizou avaliação, motivo da procura por avaliação, dados sócio econômicos.

Antes e durante o processo

2 - Por que procurou avaliação? O que estava acontecendo na época?

3 - Como foi durante o processo psicodiagnóstico?

4 - O que era esperado da avaliação? A avaliação foi conforme expectativa/esperado?

Devolução e documentos

5 - O que lembra da devolução? Lembra das indicações terapêuticas?

6 - Concordou com o resultado da avaliação? Outros familiares concordaram/discordaram?

7 - Acha que o psicodiagnóstico ajudou a entender as dificuldades?

8 - O laudo foi entregue para quem encaminhou? Para mais alguém?

9 - Quem encaminhou concordou com a avaliação?

Encaminhamentos

10 - Buscou os atendimentos? Por quê? Quais?

11 - Se já estava em tratamento: Algo mudou depois do psicodiagnóstico?

12 - Como foi o processo até ser atendido nesses locais? (tempo de espera, encaminhamento)

13 - Como estão sendo os atendimentos nos locais indicados?

Mudanças

14 - Como estão os sintomas da queixa inicial?

15 - Como está na escola?

16 - No caso de mudanças, acha que o paciente as percebe?

17 - No caso de mudanças, em quanto tempo começaram a ser notadas? Após algum serviço específico?

Impactos do psicodiagnóstico

18 - O que você achou do psicodiagnóstico realizado?

19 - Você achou que o psicodiagnóstico ajudou na vida do paciente? Como?