



## Universidades Lusíada

Silva, Joana Patrícia Ribeiro Tavares da, 1991-

### **Psicologia clínica na Unidade de Neurodesenvolvimento : Hospital de Santa Maria**

<http://hdl.handle.net/11067/1284>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2014-12-05
<b>Resumo</b>	O relatório apresentado é o resultado de nove meses de estágio académico no Hospital de Santa Maria- Centro Hospital Lisboa-Norte (CHLN), no Serviço de Pediatria, Unidade de Neurodesenvolvimento para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica. É apresentada a caracterização da instituição, de forma a enquadrar todo o trabalho realizado. O enquadramento teórico do trabalho é constituído pela revisão bibliográfica da temática psicologia clínica e função do psicólogo clínico, das Perturbações...
<b>Palavras Chave</b>	Tratamento do neurodesenvolvimento, Psicologia clínica - Prática profissional, Hospital de Santa Maria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T15:13:38Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

## Psicologia clínica na Unidade de Neurodesenvolvimento: Hospital de Santa Maria

**Realizado por:**

Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva

**Supervisionado por:**

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Cláudia Rute de Barros Viana Maçarico Bandeira de Lima

### Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em:

4 de Dezembro de 2014

Lisboa

2014



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicologia Clínica na Unidade de  
Neurodesenvolvimento: Hospital de Santa Maria**

Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva

Lisboa

Outubro 2014



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicologia Clínica na Unidade de  
Neurodesenvolvimento: Hospital de Santa Maria**

Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva

Lisboa

Outubro 2014



Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva

## Psicologia Clínica na Unidade de Neurodesenvolvimento: Hospital de Santa Maria

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Cláudia Rute de Barros Viana Maçarico Bandeira de Lima

Lisboa

Outubro 2014

## Ficha Técnica

<b>Autora</b>	Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisor de estágio</b>	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
<b>Orientadora de estágio</b>	Dr. <sup>a</sup> Cláudia Rute de Barros Viana Maçarico Bandeira de Lima
<b>Título</b>	Psicologia Clínica na Unidade de Neurodesenvolvimento: Hospital de Santa Maria
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2014

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SILVA, Joana Patrícia Ribeiro Tavares da, 1991-

Psicologia Clínica na Unidade de Neurodesenvolvimento : Hospital de Santa Maria / Joana Patrícia Ribeiro Tavares da Silva ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Cláudia Rute de Barros Viana Maçarico Bandeira de Lima. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - LIMA, Cláudia Rute de Barros Viana Maçarico Bandeira de, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

#### LCSH

1. Tratamento do neurodesenvolvimento
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Hospital de Santa Maria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Neurodevelopmental treatment

2. Clinical psychology - Practice

3. Hospital de Santa Maria (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. RJ53.N48 S55 2014

## **Agradecimentos**

Ao longo do meu percurso académico, várias foram as pessoas que me ajudaram e incentivaram a seguir o meu sonho e carreira em Psicologia Clínica. Não conseguindo agradecer a todas individualmente, citarei as que apoiaram diretamente.

Em primeiro lugar aos meus pais pelo esforço que fizeram para que eu conseguisse concluir o curso com sucesso. Sem o apoio deles e dos meus irmãos, a todos os níveis, nada disto seria possível. Muito obrigada!

Ao meu namorado, Tiago, pelo apoio e encorajamento para concluir o curso com sucesso, acreditando mais em mim do que, por vezes, eu própria. Sei que foi difícil aturar-me durante certos períodos, por isso o meu muito obrigado!

Às minhas melhores amigas e colegas de casa, Mariana e Carolina, pela companhia e apoio nestes cinco anos de percurso académico. Sem vocês, não teria sentido estudar tão longe de casa. Só vocês sabem o que custa.

À também minha melhor amiga, Ana Miguel, que mesmo estudando noutra cidade nunca deixou de me apoiar e estar comigo nos melhores momentos do meu percurso académico. Nunca me vou esquecer das nossas noitadas a estudar na tua universidade em Évora e do refúgio em tua casa quando as coisas não corriam como eu esperava. Obrigada.

À Dra. Cláudia Bandeira de Lima, orientadora de estágio, por me ter acolhido tão carinhosamente, demonstrando permanente disponibilidade, dedicação, partilha de conhecimentos e pelo exemplo de profissionalismo que me transmitiu como psicóloga. Obrigada pela oportunidade que me proporcionou de ter um estágio tão gratificante.

A todos os técnicos clínicos e funcionários da Unidade de Neurodesenvolvimento pelo acolhimento e transmissão de conhecimentos.



À minha amiga e colega de estágio, Andreia, pela diversão que foi passar estes cinco anos ao teu lado. Aprendemos, estudámos, rimos, discutimos, reclamámos de tudo e de todos, mas sobretudo, apoiamo-nos mutuamente.

Aos pais das crianças que eu segui, pela disponibilidade semanal em acompanhar os filhos às sessões, pois permitiram que eu pudesse pôr em prática todos os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente.

Ao Prof. António Rebelo, supervisor do estágio, pela transmissão de conhecimentos, apoio e sugestões para a realização deste relatório.

A todos os docentes de Psicologia da Universidade Lusíada de Lisboa pela transmissão de conhecimentos que consolidou a minha paixão por Psicologia Clínica.

À Prof. Tânia Gaspar pela forma empenhada e dedicada que coordenada a Licenciatura e o Mestrado em Psicologia Clínica.

A todos os meus colegas de Licenciatura e Mestrado pelos momentos vividos e paixão partilhada por Psicologia.

E, por fim, sou muito grata aos restantes familiares e amigos, pelo incentivo recebido durante este percurso.

*“If you can dream it, you can do it”*

*Walt Disney*



## **Resumo**

O relatório apresentado é o resultado de nove meses de estágio académico no Hospital de Santa Maria – Centro Hospital Lisboa-Norte (CHLN), no Serviço de Pediatria, Unidade de Neurodesenvolvimento para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica. É apresentada a caracterização da instituição, de forma a enquadrar todo o trabalho realizado. O enquadramento teórico do trabalho é constituído pela revisão bibliográfica da temática psicologia clínica e função do psicólogo clínico, das Perturbações do Neurodesenvolvimento, especificando a Perturbação de Espectro do Autismo, das Perturbações do Comportamento, especificando a Perturbação de Desafio e Oposição, salientando ainda o modelo de base utilizado na intervenção, o modelo ecológico e um ponto dedicado à intervenção com crianças. Noutro ponto do relatório são apresentados os objetivos do estágio propostos. O capítulo da metodologia visa a avaliação, diagnóstico e acompanhamento psicológico da população alvo da consulta de psicologia, descrição detalhada de dois casos clínicos, indicando as provas psicológicas utilizadas na avaliação e a descrição de todo o processo terapêutico e resultados obtidos. São ainda apresentadas outras atividades, tais como, um terceiro caso clínico descrito sucintamente e um projeto de investigação realizado. Por fim, o relatório culmina com uma conclusão e reflexão final de todo o trabalho realizado.

**Palavras-chave:** Perturbações do Neurodesenvolvimento, Perturbações do Comportamento, Psicologia Clínica, Intervenção Psicológica, DSM 5.



## **Abstract**

The report is the result of nine months of academic training at the Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa-Norte (CHLN), in the Department of Pediatrics, Unit of Neurodevelopmental for obtaining master's degree in Clinical Psychology. The characterization of the institution in order to fit all the work is displayed. The theoretical framework of the work consists of the literature review of clinical psychology and thematic function of the clinical psychologist, of Neurodevelopmental Disorders, specifying the Autism Spectrum Disorder, Disorders of Behavior, specifying the Challenge Disorder and Oppositional and stressing the model base used in the intervention, the ecological model and a dedicated point to intervention with children. Elsewhere in the report the objectives of the proposed stage are presented. The chapter aims to review the methodology, psychological diagnosis and monitoring of the target population of consulting psychology, detailed description of two clinical cases, indicating the psychological tests used in the assessment and description of the entire therapeutic process and results. Other activities are also presented, such as a third clinical case described briefly, and a research project conducted. Finally, the report ends with a conclusion and final reflection of all the work done.

**Keywords:** Neurodevelopmental Disorders, Behavior Disorders, Psychological Intervention, DSM 5.



## Índice

Introdução.....	19
Caracterização da Instituição.....	21
Historial .....	21
Caracterização do Serviço de Pediatria do H.S.M.....	23
Caracterização da Unidade de Neurodesenvolvimento .....	25
Evolução .....	25
Instalações.....	26
Equipa Técnica .....	27
População Alvo.....	27
Protocolos Específicos.....	28
Atividades Desenvolvidas.....	29
Modelo de Intervenção .....	30
Enquadramento Teórico .....	31
Psicologia Clínica.....	31
O papel do psicólogo clínico .....	33
Perturbações do Neurodesenvolvimento .....	35
Evolução Histórica .....	40
Etiologia .....	42
Diagnóstico.....	48
Diagnóstico Diferencial.....	53
Comorbilidades .....	55
Avaliação.....	56
Características das PEA .....	59
Prevalência .....	63
Perturbações do Comportamento.....	65
Perturbação de Desafio e Oposição .....	67
Caracterização da Perturbação de Desafio e Oposição .....	69
Prevalência .....	71
Etiologia .....	72
Diagnóstico Diferencial.....	74
Comorbilidades .....	75
Tratamento .....	76



Modelo Ecológico .....	79
Intervenção Psicológica em Crianças .....	83
Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais.....	83
Ludoterapia .....	84
Objetivos do Estágio.....	87
Metodologia.....	89
População – Avaliação e diagnóstico .....	89
Procedimento – Avaliação e Diagnóstico .....	89
Instrumentos – Avaliação e Diagnóstico .....	90
População – Intervenção .....	91
Instrumentos – Intervenção.....	91
Procedimento – Intervenção .....	96
Caso Clínico I.....	99
Identificação.....	99
História Clínica .....	99
Resultados e Interpretação da Avaliação Psicológica.....	102
Metas Terapêuticas .....	107
Análise da progressão terapêutica.....	108
Conclusões .....	115
Discussão .....	120
Caso Clínico II.....	123
Identificação.....	123
História Clínica .....	123
Resultados e interpretação da avaliação psicológica .....	125
Metas Terapêuticas .....	127
Análise da Progressão Terapêutica .....	128
Conclusões .....	130
Discussão .....	133
Outras Atividades Realizadas .....	137
Caso Clínico III.....	137
Projeto de Investigação .....	137
Conclusão .....	141
Reflexão Final .....	143
Referências Bibliográficas.....	145

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Organigrama do Serviço de Pediatria do CHLN-HSM.....	23
---	----



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Fatores de risco das Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	39
Tabela 2 – Grau de Severidade da Perturbação de Espectro do Autismo.....	52
Tabela 3 - Fatores de Risco da Perturbação de Desafio e Oposição.....	73
Tabela 4 – Calendário Semanal de Atividades.....	96



## Introdução

O presente relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio académico no Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (HSM – CHLN), no Serviço de Pediatria - Unidade de Neurodesenvolvimento, no período de Setembro de 2013 a Junho de 2014, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa.

Tendo em consideração os objetivos do estágio propostos foram desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente, avaliação, diagnóstico e acompanhamento psicológico da população alvo da consulta de Psicologia, intervenção individual e em grupo com crianças, elaboração de um projeto de investigação, participação nas reuniões semanais do *Journal Club*, nas reuniões clínicas do serviço de pediatria, nas reuniões de casos clínicos e nas sessões do Núcleo de Formação e Biblioteca.

Na primeira parte do relatório é realizada a caracterização da instituição pública, o Hospital de Santa Maria, englobando o historial do mesmo, a caracterização do serviço de pediatria, as instalações, a equipa técnica, a população alvo, os protocolos específicos, as atividades desenvolvidas e o modelo de intervenção utilizado.

Após a contextualização do local de estágio, é feita uma introdução teórica à psicologia clínica, bem como ao papel do psicólogo clínico.

No enquadramento teórico, é efetuada uma revisão bibliográfica, tendo em vista obter informações sobre a temática das Perturbações do Neurodesenvolvimento, especificando a Perturbação de Espectro do Autismo e das Perturbações do Comportamento, especificando a Perturbação de Desafio e Oposição. É ainda abordado o modelo de intervenção utilizado, assim como, a intervenção com crianças.

O terceiro capítulo, como o próprio nome indica, diz respeito à apresentação dos objetivos de estágio, para em seguida, se apresentarem as opções metodológicas que sustentaram a intervenção realizada, destacando-se dois casos clínicos, a avaliação psicológica realizada, subsequentes diagnósticos, sustentados pelo DSM 5, da *American Psychiatric Association* (2013), intervenção realizada, assim como, as consultas de avaliação, diagnóstico e aconselhamento realizadas.

O capítulo dedicado às outras atividades realizadas durante o estágio inclui um terceiro caso clínico, explicando de forma sucinta e o projeto de investigação realizado.

A última parte do relatório inclui a conclusão que permite contextualizar todo o trabalho desenvolvido ao longo do período do estágio académico e uma reflexão final da aprendizagem, experiência pessoal e profissional, as relações interpessoais desenvolvidas, bem como uma análise crítica sobre o trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio e como este poderá influenciar a vida profissional futura.

## Caracterização da Instituição

### Historial

O Hospital de Santa Maria (H.S.M.), em Lisboa, foi oficialmente inaugurado em Dezembro de 1954, após 14 anos de construção. Com o aumento da população no concelho de Lisboa, no final da década de 30, surgiu a necessidade de criação de um novo pólo hospitalar.

O planeamento ficou a cargo do Professor Francisco Gentil e o projeto arquitetónico do hospital foi entregue a Herman Diestel. O arquiteto alemão ponderou a necessidade de criação de um espaço com infraestruturas para o internamento de 1500 utentes, com capacidade para o exercício de consultas externas de todas as especialidades, serviços centrais e de urgência e a instalação da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Atualmente, o Hospital de Santa Maria é considerado o maior hospital do país, com mais de 1300 camas disponíveis e um conjunto de serviços de diversas áreas médicas, nomeadamente:

- Ambulatório;
- Cirurgia Central;
- Bloco Operatório Central e Anestesia;
- Especialidades Cirúrgicas, dentro das quais, os Serviços de Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Vascular, Serviço de Estomatologia, Serviço de Oftalmologia, Serviço de Ortopedia, Serviço de Otorrinolaringologia e Serviço de Urologia;



- Especialidades Médicas, onde existem os Serviços de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infeciologia, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia e Reumatologia;
- Meios Complementares de Diagnóstico, contendo os Serviços da Anatomia Patológica, Imagiologia e Patologia Clínica;
- Meios Complementares de Terapêutica, existindo os Serviços de Imuno-Hemoterapia, Medicina Física e Reabilitação e Radioterapia;
- Neurociências, contendo o Serviço de Neurocirurgia e Neurologia;
- Obstetrícia, Ginecologia e Genética;
- Pediatria;
- Psiquiatria e Saúde Mental;
- Urgência e Cuidados Intensivos.

O H.S.M. funciona em regime de Hospital Universitário, mantendo uma estreita relação com a Faculdade de Medicina de Lisboa. Neste sentido, aspira ser um moderno centro médico de assistência, ensino e investigação.

Localização e Contatos: Av. Professor Egas Moniz 1649-035 Lisboa

Central Telefónica: 217805000

Móvel: 965905000

Fax: 217805610

Marcação de Consultas: 217805100

Informações: 217805333 / 217805444

## Caracterização do Serviço de Pediatria do H.S.M.

### Organigrama – Órgãos Constituintes

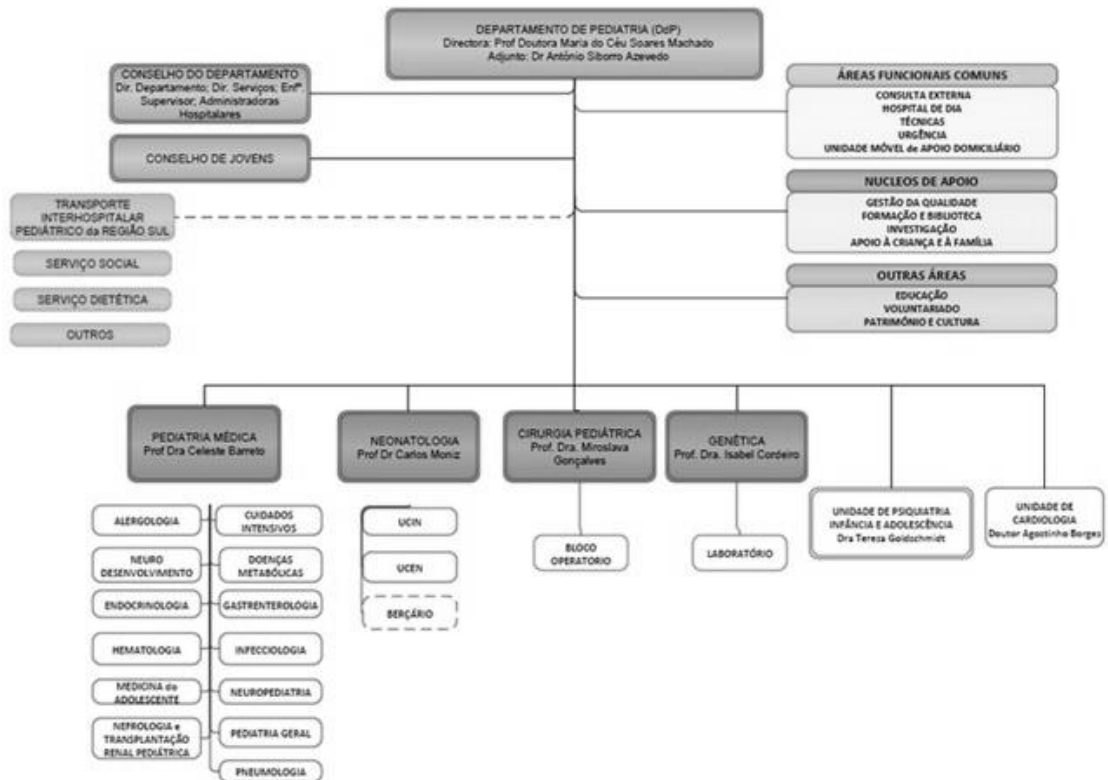


Figura 1 – Organigrama do Serviço de Pediatria do CHLN-HSM



## **Caracterização da Unidade de Neurodesenvolvimento**

### **Evolução**

Em 1975 foi fundada a Unidade de Neurodesenvolvimento pelo Professor Doutor João Carlos Gomes Pedro e por dois colaboradores, a Dra. Maria Fernandes e o Dr. Nuno Lacerda, no decorrer da reestruturação do serviço de Pediatria.

A Unidade de Neurodesenvolvimento começou por funcionar no piso 6 do Hospital. Em 1991, com a chegada da Dra. Fernanda Torgal, da Dra. Manuela Baptista e do Dr. Miguel Palha, foi transferida para as antigas instalações da creche do hospital, onde se situa atualmente.

A coordenação da Unidade ficou ao encargo do Dr. Nuno Lacerda até 2003, altura em que a Dra. Rosa Gouveia ocupou o lugar. Posteriormente esta função foi desempenhada pela Dra. Fernanda Torgal. Desde 2007, a Dra. Manuela Baptista é a coordenadora do serviço.

Não só os coordenadores se foram alterando, mas também as estratégias de avaliação utilizadas, assim como a própria abordagem do desenvolvimento. Através da permanente investigação presente na Unidade foi possível introduzir, em Portugal, pelas mãos do Dr. Nuno Lacerda e pela Dra. Rosa Gouveia a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths, o teste de rastreio “Denver II” e o teste de “Amiel-Tison” que preencheu as necessidades e obtenção de um teste neurológico para crianças com idade inferior a 1 ano. O projeto “Portage” foi igualmente introduzido em Portugal através da Unidade de Neurodesenvolvimento, instrumento este importante na intervenção com crianças com dificuldades cognitivas.

Desta forma, esta Unidade é uma consulta de referência onde são prestados cuidados de saúde primários, secundários e terciários na área do desenvolvimento infantil. A formação pré e pós-graduada, a educação, a intervenção e a investigação encontram-se conjuntamente presentes.

### **Instalações**

A Unidade de Neurodesenvolvimento funciona num pavilhão fisicamente distinto do edifício principal do hospital, situando-se nas traseiras do mesmo, onde se realizam as consultas externas de Pediatria.

No pavilhão funcionam duas unidades que partilham os espaços comuns: a Unidade de Neurodesenvolvimento com oito gabinetes e uma sala polivalente/biblioteca e a Unidade de Pedopsiquiatria que possui seis gabinetes. Existe ainda um pequeno auditório/sala de reuniões, uma sala destinada aos serviços administrativos, instalações sanitárias para pessoal e para utentes e uma sala de espera.

Em 2004, foi acrescentado ao pavilhão um novo espaço designado “Centro Brazelton”, constituído por quatro gabinetes que se encontram ao dispor das necessidades de cada unidade. Este centro constitui o centro português da rede internacional do Centro Brazelton que integra médicos de todo o mundo que se dedicam à promoção do desenvolvimento de atividades de investigação e de ensino, nomeadamente fornecendo treino no uso de N.B.A.S. (Neonatal Behavioral Assessment Scale) destinado a técnicos na área da pediatria.

### **Horário de Funcionamento**

As consultas da Unidade de Neurodesenvolvimento funcionam todos os dias úteis, das 8h às 18h.

## **Equipa Técnica**

A Unidade de Neurodesenvolvimento é formada por uma equipa multidisciplinar, constituída por quatro pediatras do neurodesenvolvimento, uma psicóloga clínica, uma psicóloga educacional, duas terapeutas da fala e duas educadoras de infância.

Fazem igualmente parte da equipa três funcionárias administrativas e uma funcionária da limpeza. Por se enquadrar num Hospital Universitário, a Unidade de Neurodesenvolvimento recebe, de forma constante e permanente, internos de pediatria, estagiários de psicologia clínica, psicologia educacional e terapia da fala.

## **População Alvo**

### Área Geográfica de Atendimento

A área de atendimento formal engloba os seguintes Centros de Saúde: Alvalade (Alvalade, Campo Grande, S. João de Brito), Benfica (Benfica, Carnide), Lumiar (Lumiar, Ameixoeira, Charneca do Lumiar, Musgueira), Loures (Loures, St. António de Cavaleiros, Frielas, Bucelas, St. Antão do Tojal, S. João do Tojal, Fanhões, Lousã), Odivelas (Caneças, Odivelas, Olival Basto, Póvoa de St. Adrião Ramada) e Pontinha (Famões, Urmeira, C. Diário Canas).

### Seleção dos Utentes

A seleção é efetuada com base na análise dos seguintes critérios:

- Idade inferior a 5 anos (tendo prioridade as crianças com menos de 3 anos) ou até aos 10 anos de idade, tratando-se de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA);
- Crianças com suspeita de Perturbação do Neurodesenvolvimento enquadrável nas competências técnico-científicas da Unidade de Neurodesenvolvimento

(Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perturbação da Linguagem, Perturbação do Espectro do Autismo, entre outras);

- Residência nas áreas de influência do H.S.M.;
- Crianças referenciadas por outras consultas do H.S.M.

A Unidade de Neurodesenvolvimento acompanha, também, todas as crianças identificadas a partir do diagnóstico precoce (“teste do pézinho”, realizado entre o 4º e o 10º dia de vida), que sejam portadoras de hipotireoidismo congénito ou fenilicetonúria, de toda a metade sul do país. A Unidade acompanha igualmente crianças nascidas de pré-termo, até aos 5 anos, recebendo alta nessa altura se o seu desenvolvimento não estiver comprometido.

### **Protocolos Específicos**

A existência de protocolos específicos para diversos casos clínicos possibilita que muitas crianças sejam referenciadas para outras consultas/unidades do Hospital de Santa Maria ou para outros hospitais.

- Protocolo com a Neonatologia para o seguimento de recém-nascidos com fatores de risco perinatal;
- Protocolo integrado para a Trissomia 21;
- Protocolo integrado para o Síndrome de Williams;
- Protocolo integrado para o Síndrome do X frágil;
- Protocolo integrado para o Hipotireoidismo
- Protocolo integrado para a Galactusémia
- Protocolo integrado para Síndrome Pradder-Willi
- Consulta de Perturbações da Linguagem;

- Consulta de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;
- Consulta de Perturbações do Espectro do Autismo;
- Consulta de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
- Programas de Intervenção / Encaminhamento Educativo e Social.

### **Atividades Desenvolvidas**

#### Consultas Externas

As Consultas Externas são a atividade mais significativa da Unidade de Neurodesenvolvimento.

#### Reuniões

##### *Reuniões de “Journal Club”*

Realizam-se todas as quartas-feiras das 9h às 10h, envolvendo a participação de todos os técnicos da Unidade de Neurodesenvolvimento e da Unidade de Pedopsiquiatria. Consistem na apresentação de um artigo científico ou de um caso clínico, sendo que o objetivo principal destas reuniões consiste em tomar conhecimento das últimas atualizações científicas e abordar de forma multidisciplinar e complementar cada um dos temas apresentados.

##### *Reuniões da Equipa da Unidade de Neurodesenvolvimento*

Realizam-se também às quartas-feiras das 10h às 11h30. Discutem-se casos de crianças, diversos problemas que possam existir e debatem-se questões organizacionais. Apenas os elementos efetivos da unidade podem presenciar a reunião.



### *Reuniões Clínicas do Serviço de Pediatria*

Têm lugar às quartas-feiras das 12h às 13h. São apresentados trabalhos de investigação ou casos clínicos por técnicos do serviço de Pediatria e discutidas técnicas de investigação.

### *Reuniões de Casos Clínicos*

Reuniões mensais de apresentação de estudos de caso por parte dos técnicos da Unidade de Neurodesenvolvimento. Têm como objetivo dar a conhecer a toda a equipa determinados casos de crianças, com o intuito da participação de todos na formulação de um diagnóstico e/ou plano de intervenção.

### **Modelo de Intervenção**

O enfoque na intervenção realizada na Unidade de Neurodesenvolvimento do H.S.M. é colocado no Modelo Transacional, na Perspetiva Sistémica da Família, no Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano e na Teoria do Suporte Social.

Das várias abordagens terapêuticas utilizadas, salienta-se o Protocolo de Intervenção Integrada e a Intervenção Precoce. Em qualquer intervenção procura-se estabelecer um projeto terapêutico tão abrangente quanto possível, implicando um grande número de parceiros, entre os quais, pais/familiares, os educadores/professores e os demais técnicos envolvidos.

É desta forma que a Unidade de Neurodesenvolvimento procura trabalhar e desenvolver toda uma prática de intervenção eficaz, tendo em conta as dificuldades e os problemas ao nível do desenvolvimento que as crianças apresentam e as dificuldades sentidas pelas famílias destas.

## **Enquadramento Teórico**

### **Psicologia Clínica**

O termo “Psicologia Clínica” é atribuído a Lightner Witmer. Em 1886, apresentou, na reunião anual da American Psychological Association (APA), um novo método de investigação e instrução que se intitulou “the clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching”. No entanto, só após a Segunda Guerra Mundial, nos anos 50 do século XX, nos Estados Unidos da América e na Europa, a Psicologia Clínica se desenvolveu e alcançou uma maior notoriedade, devido à necessidade de tratar os soldados e outras vítimas da guerra que sofriam de perturbações do foro mental (Ribeiro & Leal, 1996).

Em Portugal, a Psicologia Clínica surgiu nos anos 60, por via das congregações religiosas que criaram o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Na década de 70, os cursos de Psicologia são inseridos nas universidades estatais (idem).

A Psicologia Clínica distingue-se das outras áreas da psicologia principalmente pela maneira de pensar e atuar. Esta área da psicologia tem como objetivo o estudo das perturbações mentais e a suas manifestações psíquicas, avaliação e diagnóstico, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico dos indivíduos (Brito, 2008).

A Psicologia Clínica faz fronteira com a psiquiatria, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento, reabilitação, neuropsicologia, psicologia forense, psicopedagogia, psicologia da saúde e psicologia comunitária (Pardinielli, 1999).



### **O papel do psicólogo clínico**

Moita (1983) clarifica o papel do psicólogo clínico com base na Teoria da Comunicação. Desta forma, o psicólogo considerava o comportamento e a reação como linguagem, ligada a um discurso, não necessariamente, verbalizável. Os sintomas não eram referidos a uma estrutura patológica, mas sim a um discurso com sentido próprio inserido num contexto próprio. O autor também considera que existia uma relação entre o psicólogo clínico e os interlocutores, relação entre emissor e recetor. Ou seja, trata-se de um processo de codificação/descodificação de uma mensagem e da identificação dos objetivos da relação de comunicação.

O domínio das teorias, técnicas e métodos compatíveis entre si define a identidade de um psicólogo clínico. É necessário que o psicólogo clínico respeite um quadro de referência teórico que confira sentido ao que observa, assim como, o conjunto de técnicas utilizadas claramente definidas (Marques, 1994 cit. in Brito, 2008).

O exercício da tarefa do psicólogo consiste em ajudar as pessoas a superarem a identidade alienada, pessoal e social, ao transformar as condições opressivas do seu contexto (Santello & Zaith, 2012). Não é função do psicólogo dar respostas aos indivíduos, mas sim ajudá-los a atravessar fases críticas, ou não, das suas vidas (Nogueira, 2010).

O psicólogo clínico tem ao seu dispor instrumentos que garantem a validade e fiabilidade dos seus resultados. Os indivíduos não são todos iguais e desta forma, cada caso é um caso. O psicólogo recorre à avaliação pois permite descrever o sujeito e os problemas que este apresenta, de modo a estudar o seu desenvolvimento, origem e mecanismos do mesmo, de forma a adquirir uma vasta informação sobre o indivíduo e da

hipótese de diagnóstico. No momento de avaliação, o psicólogo recorre a diversas metodologias, entre elas, entrevistas, observação e testes psicológicos. O diagnóstico clínico não se interessa apenas em reconhecer uma dada patologia, mas sim identificar também as particularidades psíquicas do indivíduo (Pedieli, 1999).

### **Perturbações do Neurodesenvolvimento**

Os bebés quando nascem são neurológica e fisicamente imaturos, sendo completamente dependentes da mãe para a alimentação, termorregulação, proteção e sobrevivência. Os 9 meses de gestação intrauterina e o primeiro ano de vida são de extrema importância no desenvolvimento do indivíduo, possuindo grande plasticidade e vulnerabilidade. A imaturidade neurológica e dependência são de ordem física, desenvolvimental e emocional (Matos, 2009).

O neurodesenvolvimento consiste num processo de evolução biológica e psicológica que ocorrem ao longo da vida do indivíduo, permitindo que progrida duma situação de dependência total para uma situação de autonomia, através de mudanças na sua estrutura, pensamento e comportamento (Castelo & Fernandes, 2009). O neurodesenvolvimento é um processo complexo e dinâmico que pressupõe interação entre fatores biológicos/genéticos e ambientais/contextuais (Matos, 2009; Castelo & Fernandes, 2009; Portugal, 1992 cit. in Fonseca, 2011).

A definição de neurodesenvolvimento típico e neurodesenvolvimento atípico não é categórica. Apresenta uma noção dimensional (curva ou linha de distribuição contínua), em que o limite da normalidade é paralelo ao limite da anormalidade. O neurodesenvolvimento psicomotor normal caracteriza-se pelos “limites de idade em que se fazem as várias aquisições e pela adequação qualitativa dessas aquisições. Define-se também pela adequação funcional e adaptativa, para cada idade, das competências adquiridas”. É de salientar também que o meio, a cultura em que o indivíduo está inserido condiciona os limites das idades normais das aquisições psicomotoras, pois essas são dependentes da estimulação que é atribuída, de acordo com os hábitos de cada família ou sociedade. Pode-se então concluir que a definição de normalidade tem como referência a

norma (Matos, 2009). Atualmente, é exigido às crianças que aprendam e se comportem segundo uma média programática, com base no sucesso acadêmico. Não só o crescimento, mas também o desenvolvimento psicomotor apresenta variabilidade.

Em relação ao desenvolvimento humano existem diversas teorias com propostas de compreensão diferentes em função das variáveis que valorizam e em função da forma como conceptualizam a natureza do ser humano. Regra geral, nenhuma delas, por si só, explica de forma completa todas as facetas e dinâmicas do seu desenvolvimento. Algumas das teorias mais influentes são as de perspectiva Psicanalítica (Freud, Erikson), perspectiva da Aprendizagem (Watson, Skinner, Pavlov, Bandura), perspectiva Cognitiva (Piaget), perspectiva Etológica (J. Bolwby, Mary Ainsworth) e, por fim, perspectiva Contextual (Bronfenbrenner, Vygotsky).

As áreas do neurodesenvolvimento da criança podem ser divididas em motricidade grosseira e fina, linguagem e cognição verbal, cognição não-verbal (visuo-perceptual), socialização, comportamento adaptativo (autonomia) e atenção (Matos, 2009). As aquisições nas diferentes etapas do neurodesenvolvimento, quando adequado, são relativamente uniformes. Quando existem assimetrias significativas nas várias áreas podem traduzir patologia, constituindo por si só, sinal de alarme (Castelo & Fernandes, 2009). O neurodesenvolvimento do indivíduo tem predeterminação filogenética, o que significa que existem competências e habilidades que todos os indivíduos de uma espécie adquirem. As competências filogenéticas mais antigas, tais como, a motricidade grosseira e a visual são menos afetadas nas perturbações do neurodesenvolvimento. Contudo, a capacidade específica da nossa espécie, a linguagem, é atingida na maioria das perturbações do neurodesenvolvimento (Matos, 2009).

É possível classificar três tipos de alterações de neurodesenvolvimento: atraso, dissociação e desvio (Castelo & Fernandes, 2009). O atraso do neurodesenvolvimento psicomotor caracteriza-se por um desfasamento entre a idade cronológica da criança e a idade correspondente às aquisições demonstradas, de uma forma uniforme. Quanto maior a gravidade do atraso de neurodesenvolvimento, maior a probabilidade de ter causa orgânica (lesão do sistema nervoso central). A dissociação diz respeito a uma diferença significativa entre as várias áreas do neurodesenvolvimento, com uma das áreas mais afetada. O desvio refere-se a uma aquisição não sequencial de competências numa ou mais áreas do neurodesenvolvimento. A perda de sequência pode ter como causa alterações neurológicas. Para além dos tipos clássicos de alteração do neurodesenvolvimento, mencionados anteriormente, é possível apresentar dois, também de extrema importância: paragem e regressão. A paragem refere-se à ausência de evolução normal das aquisições. A regressão consiste na perda das competências anteriormente adquiridas, podendo ser associada a patologia grave do sistema nervoso central, como por exemplo, doenças degenerativas.

O conceito “Perturbação do Desenvolvimento” surgiu, pela primeira vez antes dos anos 70, relacionada a três condições diagnósticas: atraso mental, paralisia e epilepsia (Odom et al., 2007 cit. in Lázaro, 2012). Só em 1970 é que se alterou o conceito de “atraso mental” para “Perturbações do Desenvolvimento” (Ehlers et al., 1982 cit. in Lázaro, 2012). A designação de “Perturbações do Desenvolvimento” foi alvo de várias mudanças ao longo do tempo e, atualmente, a Developmental Disabilities Administration define-as como “incapacidade grave ao nível mental e/ou físico, que se manifestam antes dos 22, e que resultam em limitações em pelo menos três das seguintes áreas: autocuidado,



linguagem, aprendizagem, mobilidade, autodireção, capacidade para viver autonomamente e autonomia financeira” (Odom et al., 2007 cit. in Lázaro, 2012).

As Perturbações do Neurodesenvolvimento caracterizam-se por “um grupo heterogéneo de entidades médicas que têm por base anomalias neurológicas ou sensoriais de carácter permanente” (Oliveira, Duque, Duarte, Melo, Teles, Vale, Guimarães & Gouveia, 2012).

É possível dividir as Perturbações do Neurodesenvolvimento num grupo de maior gravidade, tais como, a incapacidade intelectual, a paralisia cerebral, as perturbações do espectro do autismo, a surdez neurosensorial profunda e a cegueira; e noutro grupo daquelas que têm menor impacto clínico mas que influenciam a aprendizagem, o sucesso académico e a qualidade da vida familiar, tais como, problemas relacionados com o défice de atenção e hiperatividade, comportamentos de oposição e conduta, perturbações da memória, da perceção, coordenação motora, linguagem, flexibilidade cognitiva, interação social e perturbações específicas da aprendizagem (Matos, 2009; Oliveira et. al, 2012). No geral, as Perturbações do Neurodesenvolvimento afetam 10 a 20% das crianças, sendo das perturbações crónicas mais frequentes e com tendência a aumentar (idem). Embora estas perturbações não sejam, na sua maioria, degenerativas, existem limitações que se irão prolongar por toda a vida. Essas limitações estão relacionadas com a aprendizagem e comportamento adaptativo sendo que será necessário prestar cuidados de saúde e apoios socioeducativos. Na vida adulta, os indivíduos com este tipo de patologia tendem a depender de terceiros, num grau variável conforme a perturbação (Oliveira et. al, 2012).

Relativamente aos fatores de risco inerentes às Perturbações do Neurodesenvolvimento é possível referir fatores de risco biológicos e ambientais.

Tabela 1 – Fatores de risco das Perturbações do Neurodesenvolvimento (Castelo & Fernandes, 2009).

Fatores de Risco Biológico	Fatores de Risco Ambiental
Peso de nascimento <1500g ou idade gestacional <34 semanas	Família em situação de pobreza
Recém-nascido leve para a idade gestacional	Pais adolescentes
Asfixia perinatal	Pais com patologia psiquiátrica importante
Índice de Apgar inferior a 3 aos 5 minutos e evidência de disfunção neurológica	Pais toxicodependentes, alcoólicos
Necessidade de ventilação mecânica	Pais com défice cognitivo
Evidência clínica de anomalias do SNC	Pais com défice sensorial significativo
Hiperbilirrubinemia >20mg/dl em recém-nascidos de termo	Pais com perturbações antissociais
Antecedentes pessoais ou familiares de doença genética, metabólica ou dismorfismos	Falta de estruturas de apoio familiar e social
Infeções congénitas	Sinais de maus-tratos e negligência à criança ou a irmãos
TCE grave	Família com outras crianças institucionalizadas
Meningite/Sépsis	Separação prolongada da criança
	Crianças institucionalizadas

Na categoria das Perturbações do Neurodesenvolvimento, estão inseridas as seguintes perturbações, de acordo com o DSM 5 (APA, 2013): Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação da Comunicação (Perturbação da Linguagem, Perturbação do Som e da Fala, Perturbação da Comunicação Social – Pragmática, Perturbação da Fluência (Gaguez), Perturbação do Neurodesenvolvimento Motor (Perturbação da Coordenação Motora, Perturbação de Movimentos Estereotipados e Perturbação de Tiques) e Perturbação da Aprendizagem.

As Perturbações do Neurodesenvolvimento geralmente coocorrem, por exemplo, um indivíduo com Perturbação do Autismo geralmente também apresenta uma Perturbação do Desenvolvimento Intelectual; indivíduos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção podem desenvolver uma Perturbação da Aprendizagem Específica (APA, 2013).

Neste trabalho, apenas irá ser explorada a Perturbação do Espectro do Autismo.

## **Perturbação do Espectro do Autismo**

### **Evolução Histórica**

“O termo autismo provém da palavra grega Autos que significa Próprio/Eu e Ismo que traduz uma orientação ou um estado de espírito de alguém que se encontra, invulgarmente, envolvido em si próprio. Daqui resulta o termo autismo que, em sentido lato, pode ser definido como uma condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio” (Marques, 2000, p. 25).

Desde a antiguidade que se relatam histórias de crianças ou adultos com comportamentos que se podem relacionar com o autismo (Martins, 2012). No entanto, foi

com Kanner em 1943 que o conceito de Autismo começou a ter impacto. Kanner, pedopsiquiatra americano, apresentou um estudo intitulado “Autistic Disturbances of Affective Contact” onde descreve o comportamento de 11 crianças (8 rapazes e 3 raparigas). As crianças apresentavam comportamentos característicos da Perturbação Autista, tais como, desejo obsessivo de manter a rotina, ficando extremamente perturbados se fosse alterada, interação pessoal limitada, boa capacidade de memorização, atraso ou insucesso na aquisição da linguagem, e quando desenvolvida usavam-na sem verdadeira intenção de comunicação, hipersensibilidade aos estímulos ambientais, gosto por jogos repetitivos e estereotipados e sem noção de como usar o brinquedo ou objeto (relação mecânica). Mais tarde, mencionou também a ecolalia como característica do Autismo (Martins, 2012; Hewitt, 2006 cit. in Costa, 2012; Pereira, 1998).

Outro nome importante na evolução do Autismo foi Hans Asperger. Asperger, em 1944, publicou um artigo intitulado “Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter” (Psicopatia Autística na Infância) onde descreve um grupo de rapazes com inteligência acima da média mas com graves dificuldades de interação social. O autor refere características semelhantes às descritas por Kanner, atribuindo também o diagnóstico de Autismo às crianças do seu estudo. Asperger enfatizou, tal como Kanner havia feito, as inabilidades na comunicação e na adaptação social do grupo de estudo, assim como a observação de movimentos repetitivos e estereotipados, apesar do excelente desempenho intelectual (Martins, 2012; Vasconcelos, 2011).

Em 1975, o termo “autismo” foi oficialmente incluído no CID 9 (Classificação Internacional de Doenças) como uma psicose da infância. Em 1952 e 1968, no DSM I e no DSM II, respetivamente, o autismo era referido como uma esquizofrenia de tipo infantil (Martins, 2012).

A Tríade de Incapacidades ou Tríade de Wing, que na atualidade é a base do diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), foi referida por Lorna Wing, em 1976, quando nos seus estudos verificou que os indivíduos com autismo apresentavam défices específicos em três áreas: linguagem e comunicação, competências sociais e flexibilidade do pensamento ou da imaginação (Pereira, 1998; Marques, 2000).

Rutter, em 1978, propôs que o autismo fosse concebido como uma perturbação do desenvolvimento e diagnosticado através da Tríade de Wing. Com a evolução da pesquisa científica, chegou-se à conclusão que o autismo não era uma perturbação do contato afetivo, mas sim uma perturbação do desenvolvimento (Kuperstein & Missgalia, 2005 cit. in Martins, 2012).

Firth (1989 cit. in Pereira, 1998) atribui o autismo a uma deficiência mental específica, classificada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, afetando as interações sociais recíprocas, a comunicação não-verbal e verbal e a atividade imaginativa, apresentando um repertório restrito de atividades e interesses, que se manifestavam nos primeiros três anos de vida (Correia, 1997 cit. in Ferreira, 2011).

O Autismo não deve ser considerado como uma consideração de “tudo ou nada”, mas “visto como um continuum que vai do grau leve ao severo” (Mello, 2005).

Atualmente, o Autismo é considerado uma Perturbação do Neurodesenvolvimento e no DSM 5 (APA, 2013) insere-se nas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

### **Etiologia**

Investigadores acreditam que o autismo tem uma etiologia multifatorial, ou seja, interação entre fatores genéticos, epigenéticos e ambientais. Estudo realizado no âmbito da etiopatogenia dá importância à ausência de associação entre o autismo e as vacinas e

o elevado risco de doença nos irmãos de crianças com PEA. A idade parental elevada, a imigração materna, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são considerados possíveis fatores de risco (Silva, 2011). As causas que explicam o quadro clínico do Autismo têm sido procuradas desde a definição, em 1943, de Leo Kanner. Muitas teorias têm sido propostas para explicar as PEA. Por um lado, as Teorias Neurológicas e Fisiológicas tentam demonstrar que a base da perturbação é de foro neurológico, por outro, as Teorias Comportamentais tentam explicar os sintomas como base nos mecanismos psicológicos e cognitivos inerentes (Marques, 2000; Costa, 2012; Ferreira, 2011; Vasconcelos, 2011; Mello, 2005; Santos & Sousa, 2005).

De todas as teorias, encontradas na revisão de literatura efetuada, que procuram explicar a etiologia do quadro clínico de Autismo, serão apenas abordadas algumas hipóteses que mostraram ser mais relevantes. Destacam-se as Teorias Psicogénicas, Biológicas, Psicológicas e outras mais recentes, Modelo de Russel, Proposta de Bowler, Função Executiva, Modelo de Hobson e Teoria da Coerência Central.

### **Teorias Psicogénicas**

Esta teoria era a que Kanner defendia. Esta perspetiva fundamenta-se nas teorias psicanalíticas, explicando que as crianças quando nasciam eram normais mas que devido às características de frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais, o desenvolvimento da criança era afetado, traduzindo-se num quadro clínico autista. Desta forma, o autismo era uma perturbação emocional, sendo que os défices cognitivos e linguísticos das crianças era o resultado de um isolamento social e não provenientes de quaisquer perturbações biológicas (Ferreira, 2009 cit. in Costa, 2012; Alves, 2001 cit. in Santos & Sousa, 2005; Vasconcelos, 2011).

Bettelheim (1967, cit. in Marques, 2000) considerou que o autismo era a incapacidade de “sair de si” e de explorar o mundo por inexistência de autoconfiança para o fazer. Desenvolveu também a Teoria das “Mães-Frigorífico”, na qual se entendia que as crianças se tornavam autistas como uma resposta desadaptativa a um ambiente ameaçador e não carinhoso por parte da mãe.

Na década de 70 surgiram estudos que questionavam a credibilidade desta teoria. Um dos aspetos apresentados referia-se à análise de crianças que eram vítimas de maus tratos, bem como atos de negligência por parte dos pais. Verificou-se que as experiências vivenciadas por estas crianças não davam origem a um quadro de autismo (Marques, 2000; Pereira, 1998; Duarte, Bordin & Jensen, 2001 cit. in Santos & Sousa, 2005).

Kanner acabou por abandonar esta teoria, recuperando a base genética e defendendo a existência de um défice inato, impeditivo de uma relação adequada com o meio ambiente (Marques, 2000).

### **Teorias Biológicas**

Os últimos estudos apontam o foro neurológico como origem das PEA. Desta forma, o autismo resulta de uma perturbação em determinadas áreas do sistema nervoso central, nomeadamente, áreas responsáveis pela linguagem, desenvolvimento cognitivo e intelectual e capacidade para estabelecer relações pessoais. Investigações subsequentes referem a componente genética como causa fundamental das perturbações do espectro do autismo. Outras investigações sugerem que o autismo é um transtorno herdado por anomalias de um único gene (Oliveira, 2009 cit. in Costa, 2012; Vasconcelos, 2011; Ferreira, 2011; Marques, 2000).

Ozonoff et. al (2003, cit. in Vasconcelos, 2011) afirmam que o autismo é uma síndrome neurológica com manifestações predominantemente comportamentais. Algumas ciências têm-se esforçado para encontrar as verdadeiras causas do autismo, entre elas, a neuro imagiologia e a neonatologia. Os autores também afirmam que os indivíduos com PEA demonstram desvios do normal relativamente ao volume do hipocampo e amígdala, cerebelo, tronco cerebral e neocórtex, especialmente os lobos frontal e temporal.

Do conjunto das Teorias Biológicas destacam-se as Teorias Genéticas (Síndrome do Cromossoma X Frágil), Anomalias Bioquímicas (esclerose tuberculosa, fenilcetonúria não tratada), de Tipo Infecioso (rubéola, encefalite), Teoria da Disfunção Cerebral do Hemisfério Esquerdo e Teorias Imunológicas.

### **Teorias Psicológicas**

Rutter (1983, cit. in Costa, 2012) defende que os problemas encontrados em crianças com autismo têm origem em défices cognitivos desde o estado precoce do seu desenvolvimento e dificultam a vida social.

Hermelin e O'Connor (1970, cit. in Marques, 2000) identificaram como uma das deficiências mais específicas do autismo a incapacidade de avaliar a ordem e de reutilizar a informação. Os indivíduos com PEA não conseguem reconhecer dados novos se estes não forem apresentados tal como da primeira vez, ou seja, não possuem uma “representação mental anterior”, apresentando dificuldades generalizadas na aprendizagem.

Em meados da década de 80 surgiu uma nova teoria psicológica que tentava explicar o autismo: a Teoria da Mente de Uta Frith, Alan Leslie e Simon Cohen. À luz



desta teoria, os indivíduos com autismo apresentariam uma falha ou atraso do desenvolvimento da competência de compreender a mente dos outros: pensamentos, desejos e crenças, ou seja, estavam limitados nas competências sociais comunicativas e imaginativas. Tudo isto implicava uma incapacidade de autoconsciência e alterações a nível das relações interpessoais, explicando a existência de distúrbios no jogo simbólico, no apontar, no discurso pragmático, na partilha da atenção e outros aspetos ao nível social (Marques, 2010; Baron-Cohen & Belmonte, 2005 cit. in Ferreira, 2011; Happé, 1994 cit. in Costa, 2012; Geraldés, 2005 cit. in Costa, 2012).

### **Modelo de Russel**

Este modelo tem como principal foco de atenção os estímulos. Os indivíduos com PEA apresentam uma incapacidade específica para se desligar dos objetos presentes no seu campo perceptivo, ou seja, sentem dificuldade em colocar de lado o observável. As situações de interação social exigem atenção a estímulos complexos, variáveis e diferenciados. Os indivíduos estão impossibilitados de controlar mais que um número limitado de estímulos e, desta forma, desenvolvem uma comunicação inter-relacional seletiva, em função de estímulos controlados (Marques, 2000; Baron-Cohen & Belmonte cit. in Ferreira, 2011; Oliveira, 2009 cit. in Costa, 2012). O “retraimento” autista tem sido explicado em termos de um estado de excitação crónico ou flutuações nesses estados, o que conduz ao evitamento do olhar, reações negativas e retraimento da interação social como mecanismos para controlar o excesso de estimulação (Lippi, 2005 cit. in Santos & Sousa, 2005).

### **Proposta de Bowler**

Bowler (1992, cit. in Ferreira, 2011) não acredita que é a mentalização em si mesma que impossibilita os indivíduos com PEA de terem uma vida normal, mas sim outro mecanismo. Considera que há limitações no uso espontâneo e funcional dos sistemas representacionais de nível mais elevado. Desta forma, os indivíduos com PEA desenvolvem uma estratégia específica que lhes permite extrair soluções de determinados conceitos, apesar de não conseguirem generalizar estas soluções para fatos da vida real (Oliveira, 2009 cit. in Costa, 2012).

### **Função Executiva**

A função executiva refere-se à capacidade que as pessoas têm em organizar a sua vida, adaptar-se a novas situações e descobrir outras estratégias para resolver os problemas (Martins, 2012). Sigman, Spence e Wang (2006, cit. in Ferreira, 2011) defendem que existem evidências para concluir que o défice central do autismo é na função executiva. Desta forma, as perturbações ao nível das operações cognitivas desenvolvidas no córtex pré-frontal vão conduzir ao défice de mentalização do outro como parte de um todo, ficando assim incapacitados no que diz respeito ao processamento de informação na planificação, flexibilidade e na memória ativa (Oliveira, 2009 cit. in Costa, 2012).

### **Modelo de Hobson**

Partindo da ideia de Kanner, Hobson admite que a ausência de contacto afetivo é responsável por um défice primário na capacidade de relacionamento interpessoal, principalmente na relação afetiva. O autor reconhece o défice de mentalização mas considera haver um défice inato no envolvimento com os outros que vai originar o não

desenvolvimento de estruturas cognitivas fundamentais para a compreensão social. Dado que são incapazes de compreender e dar resposta às expressões afetivas dos pares, não são sensíveis às experiências sociais necessárias no primeiro ano de vida (Marques, 2000; Pereira, 2006 cit. in Ferreira, 2011; Oliveira, 2009 cit. in Costa, 2012).

### **Teoria da Coerência Central**

Esta teoria aborda a capacidade que as pessoas têm para juntar os pormenores e compreender uma situação de uma forma global, para generalizar ou para extrair conceitos. Os indivíduos com PEA com alto nível de funcionamento dão atenção a pormenores mas não conseguem juntá-los de forma coerente para generalizar conceitos (Martins, 2012). Frith (2003, cit. in. Ferreira, 2011) defende que existe um défice no mecanismo de coerência central que os levaria a não conseguirem selecionar e estabelecer relações entre o objeto e o todo, de acordo com um padrão e atuação coerentes. A autora refere também que esta situação não justifica apenas os défices de partilha de atenção e de uma teoria da mente, mas iria também explicar alguns sintomas visíveis como o isolamento, movimentos estereotipados e repetitivos e uma visão restrita de interesses (Santos & Sousa, 2005). Tal como outros autores, Frith não conseguiu identificar as estruturas cerebrais inerentes a este défice (Marques, 2000).

### **Diagnóstico**

“O diagnóstico é a distinção de um caso entre todos os outros, ou seja, é tentar perceber como e porque determinados sintomas aparecem num determinado individuo dada a sua constituição (fatores genéticos, temperamento, desenvolvimento, história de vida e circunstâncias psicossociais” (Martins, 2012, p. 37).

A classificação da perturbação é essencial dado que através desta podemos analisar o seu desenvolvimento, assim como a intervenção e tratamento, e, em alguns casos, a intervenção (Pereira, 1998). O diagnóstico da perturbação tem os seguintes aspetos em consideração: historial clínico e de desenvolvimento, observação e análise do comportamento do indivíduo, segundo determinados critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação (Martins, 2012). O sistema de classificação usado é o DSM 5 (APA, 2013) que apresenta a Perturbação do Espectro do Autismo incluído na categoria das Perturbações do Neurodesenvolvimento.

De acordo com o DSM 5 (APA, 2013), os critérios de diagnóstico para a Perturbação do Espectro do Autismo são os seguintes:

A. Défices persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos

1. Défices de reciprocidade sócio emocional, por exemplo, a partir de anormais aproximações sociais e o insucesso na conversa normal; a partilha reduzida de interesses, emoções ou afetos; a incapacidade de iniciar ou responder às interações sociais.

2. Défice de comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social, por exemplo, da comunicação verbal e não-verbal mal integrada; anormalidades no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não-verbal.

3. Défices no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações, por exemplo, das dificuldades de adaptação de comportamento para atenderem diversos contextos sociais; dificuldades na partilha de jogo imaginativo ou em fazer amigos; ausência de interesse em pares.

Especificar gravidade atual: a gravidade é baseada nas dificuldades e restrições da comunicação social e padrões de comportamento repetitivos.

B. Padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes critérios:

1. Estereotipados ou repetitivos movimentos motores, uso de objetos, ou discurso (por exemplo, simples estereotípias motoras, alinhamento de brinquedos ou *flapping* dos objetos, ecolalia e frases idiossincráticas)

2. Insistência na monotonia, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal (por exemplo, angústia extrema a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de saudação, precisa ter sempre a mesma rotina ou comer mesma comida todos os dias)

3. Restrições grandes, fixação por interesses que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte ligação com/ou preocupação com objetos incomuns, excessivamente circunscrito aos seus interesses)

4. Sem híper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspetos sensoriais do meio ambiente (por exemplo, aparente indiferença à dor/temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, cheiro e toque excessivo de objetos, fascínio visual com luzes ou movimento)

Especificar gravidade atual: a gravidade é baseada nas dificuldades e restrições da comunicação social e padrões de comportamento repetitivos.

C. Os sintomas devem estar presentes no período inicial de desenvolvimento (mas não podem manifestar-se completamente até que as exigências sociais excedam as

capacidades limitadas, e não podem ser mascaradas pelas estratégias aprendidas na vida adulta)

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras importantes áreas de funcionamento atual.

E. Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência mental (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou atraso no desenvolvimento global. A deficiência intelectual e a perturbação de espectro do autismo coocorrem com frequência; para fazer diagnósticos de comorbilidade da perturbação de espectro do autismo e deficiência intelectual, a comunicação social deveria ser abaixo do esperado para o nível de desenvolvimento geral.

Especificar se:

Com ou sem o acompanhamento de deficiência intelectual; Com ou sem o acompanhamento de perturbação de linguagem; Associado a uma condição médica ou genética ou fatores ambientais; Associado a outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental; Com catatonia (referem-se aos critérios para a catatonia associados com outro transtorno mental).

Tabela 2 – Grau de Severidade da Perturbação de Espectro do Autismo (APA, 2013)

**Grau de Severidade**

Grau 3  
Requer muito suporte

Grau 2  
Requer algum suporte

Grau 1  
Requer suporte

**Comunicação Social**

Graves défices na capacidade de comunicação social verbal e não-verbal causam prejuízos graves no funcionamento, iniciação muito limitada de interações sociais, e mínima resposta às propostas sociais de outros. Por exemplo, uma pessoa com algumas palavras de fala inteligível que raramente inicia a interação e, quando ele ou ela faz, faz abordagens incomuns para só atender às necessidades e responde a apenas abordagens sociais muitas diretas

Défices marcados nas habilidades de comunicação social, verbal e não-verbal; aparentes prejuízos sociais mesmo quando há suporte; iniciação limitada de interações sociais; redução ou inexistência de respostas a interação social dos outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação é limitada a interesses especiais, e que tem comunicação não-verbal marcadamente estranha.

Sem apoios apresenta défices na comunicação social que causam prejuízos visíveis. Dificuldade em iniciar interações sociais, e exemplos claros de respostas atípicas ou mal sucedidas a interações sociais dos outros. Parece ter diminuído o interesse em interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que é capaz de falar com frases completas e se envolve na comunicação, mas em conversação normal com os outros falha, e cujas tentativas de fazer amigos são estranhas e, normalmente, sem sucesso.

**Comportamentos repetitivos e restritos**

Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança, ou outros comportamentos repetitivos/restritos interferem significativamente com o funcionamento em todas as áreas. Grande angústia/dificuldade em mudar o foco ou ação.

Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos repetitivos/restritos aparecem com frequência suficiente para ser óbvio para o observador casual e interferir com o funcionamento numa variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade em mudar o foco ou ação.

Inflexibilidade de comportamento faz com que haja uma interferência significativa com o funcionamento de um ou mais contextos. Dificuldade em alternar entre atividades. Problemas de organização e planeamento dificultam a independência.

### **Diagnóstico Diferencial**

As características e os limites de determinada perturbação permitem diferenciá-la de uma patologia (Martins, 2012).

O DSM 5 (APA, 2013) apresenta uma série de perturbações que abarcam o diagnóstico diferencial da Perturbação de Espectro do Autismo.

Síndrome de Rett – A rutura na interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett (normalmente entre 1-4 anos de idade); assim, uma proporção substancial de crianças afetadas (maioritariamente meninas) podem ter características que preencham os critérios de diagnóstico para a Perturbação do Espectro do Autismo. No entanto, após este período, a maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora as suas competências de comunicação social e as características autistas não são mais a principal área de preocupação. Consequentemente, a Perturbação do Espectro do Autismo deve ser considerada apenas quando estiverem reunidos todos os critérios de diagnóstico.

Mutismo seletivo - O desenvolvimento precoce não é, normalmente, perturbado. A criança geralmente apresenta habilidades de comunicação adequadas em certos contextos e situações. Mesmo em situações em que a criança é muda, a reciprocidade social não é prejudicada, nem os padrões de comportamento atuais são restritos ou repetitivos.

Perturbação da Linguagem e Perturbação da Comunicação Social (pragmática) - Nalgumas formas de perturbação da linguagem, podem existir problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. No entanto, a perturbação da linguagem



específica não é geralmente associada a comunicação não-verbal anormal, nem com a presença de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades.

Quando um indivíduo apresenta défices na comunicação social e nas interações sociais mas não demonstra comportamentos ou interesses restritos e repetitivos, os critérios para Perturbação da Comunicação Social (pragmática), ao invés de perturbação de espectro do autismo, podem ser preenchidos. O diagnóstico Perturbação do Espectro do Autismo substitui a de Perturbação da Comunicação Social (pragmática) sempre que forem cumpridos os critérios para PEA.

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual – Esta perturbação pode ser difícil de diferenciar das PEA em crianças muito jovens. Os indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) que não desenvolveram competências de linguagem ou simbólicas também apresentam um desafio para o diagnóstico diferencial, uma vez que o comportamento repetitivo, muitas vezes ocorre em tais indivíduos também. Um diagnóstico de PEA num indivíduo com PDI é apropriado quando a comunicação social e interação são significativamente prejudicadas em relação ao nível do desenvolvimento das competências do indivíduo não-verbais. Em contraste, a PDI é o diagnóstico apropriado quando não há aparente discrepância entre o nível de competências sociais/comunicativas e outras competências intelectuais.

Perturbação de Movimento Estereotipado - Estereotípias motoras estão entre as características do diagnóstico de PEA, então um diagnóstico adicional de perturbação de movimentos estereotipados não é dado quando esses comportamentos repetitivos são melhor explicados pela presença de PEA. No entanto, quando as estereotípias causam

auto-lesão e tornam-se um foco de tratamento, ambos os diagnósticos podem ser apropriados.

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) - Anormalidades da atenção (ou excessivamente centrada ou facilmente distraída) são comuns em indivíduos com PEA, tal como a hiperatividade. Um diagnóstico de PHDA deve ser considerado quando as dificuldades de atenção ou hiperatividade excedem o que é tipicamente observado em indivíduos de idade mental semelhante.

Esquizofrenia - A esquizofrenia com início na infância geralmente desenvolve-se após um período de normal, ou quase normal, de desenvolvimento. Um estado prodromal tem sido descrito em que ocorre um défice social, interesses atípicos e crenças, o que pode ser confundido com os défices sociais vistos nas PEA. Alucinações e delírios, que são as características que definem a esquizofrenia, não são características de PEA. No entanto, os clínicos devem ter em conta o potencial dos indivíduos com PEA e devem ser assertivos na sua interpretação das perguntas sobre as principais características da esquizofrenia.

### **Comorbilidades**

Comorbilidades caracterizam-se pela ocorrência de duas ou mais disfunções no mesmo indivíduo. As Perturbações do Espectro do Autismo apresentam uma grande variedade de Perturbações do Neurodesenvolvimento como comorbilidades. A elevada taxa de comorbilidade verificada nas PEA complicam o diagnóstico diferencial, agravam o prognóstico e exigem medidas de intervenção específicas (Martins, 2012; APA, 2013).

Das Perturbações que podem estar associadas às PEA destacam-se: a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perturbação da Linguagem, Perturbação da

Aprendizagem, a Epilepsia, os Problemas Auditivos e Visuais, os Problemas Sensoriomotores, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Depressão, Ansiedade, Problemas do Sono (dificuldade em adormecer, acordar durante a noite, padrão de sono irregular, redução do período de sono noturno e acordar precoce), Problemas do Comportamento e da Alimentação. É estimado que cerca de 70% dos indivíduos com PEA apresentem uma comorbilidade e 40% podem apresentar duas comorbilidades (idem).

### **Avaliação**

Para fazer um diagnóstico preciso, para identificar as necessidades do indivíduo e para assegurar que a intervenção é posta em prática e que vai ao encontro das necessidades do indivíduo, a avaliação é imprescindível (Mello, 2005; Martins, 2012).

A avaliação do desenvolvimento geral deve incluir a história detalhada de todos os sinais que preocupam os pais, a história do desenvolvimento, exame físico e/ou do desenvolvimento, avaliação das circunstâncias familiares e necessidades sociais. A avaliação, para ser o mais completa possível, deve ser realizada por uma equipa de profissionais de diversas áreas, ou seja, por uma equipa multidisciplinar (Santos & Sousa, 2005; Martins, 2012).

A avaliação, na prática, deve incluir instrumentos de avaliação standardizados específicos do autismo, avaliação cognitiva, avaliação da linguagem, avaliação física e médica, avaliação do comportamento e saúde mental e funcionamento familiar (Martins, 2012).

O diagnóstico de PEA foi facilitado pelo aparecimento do DSM 5 (APA, 2013), no entanto, ao longo do tempo, foram desenvolvidos escalas e questionários que se

destinavam à avaliação psicológica e comportamental das crianças (Martins, 2012). Estes instrumentos têm como função garantir um exame completo aquando do exame inicial e o estado exato das dificuldades e das competências da criança. A avaliação da evolução das crianças ao longo dos processos de intervenção é possível se for realizada uma aplicação regular das escalas e questionários.

De entre as escalas comumente utilizadas e que reúnem maior validade de conteúdo, consistência interna e validade discriminativa, destacam-se as seguintes: Autism Diagnostic Interview Revised (ADIR), Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), Childhood Rating Scale (CARS), Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Autism Behavior Checklist (ABC) e Psycho Educational Profile, Third Revisionn (PEP-3R) (Mello, 2005; Santos & Sousa, 2005; Martins, 2012; Ferreira, 2011).

Em Portugal, destacam-se a CARS e a M-CHAT como instrumentos comumente mais utilizados, que irão ser explicados de seguida (Santos & Sousa, 2005).

Childhood Rating Scale (CARS) – é usada em crianças a partir dos 2 anos. É uma escala de avaliação do comportamento que é utilizada para avaliar sintomas de PEA nas crianças, permitindo distingui-las das crianças com outros atrasos no neurodesenvolvimento. As avaliações são feitas a partir de várias fontes de observação: testes psicológicos ou participação na sala de aula, entrevistas com os pais e anamnese. A escala é composta por 15 itens que avaliam diferentes áreas: relação com as pessoas, imitação, resposta emocional, uso do corpo, uso de objetos, adaptação à mudança, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, cheiro e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não-verbal, nível de atividade, nível e consistência de

resposta intelectual e impressões gerais. Depois da obtenção de todas as informações e dados, cada item é avaliado numa escala tipo likert: 1 (dentro dos limites normais), 2 (levemente anormal), 3 (moderadamente anormal) e 4 (severamente anormal). Pontos médios entre estes valores também podem ser utilizados. A soma dos 15 itens permite o diagnóstico de acordo com os seguintes critérios: < 30 pontos – normal, > 30 < 36.5 – autismo, > 37 pontos – autismo severo (Martins, 2012; Ferreira, 2011; Mello, 2005; Santos & Sousa, 2005).

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) – é um questionário, preenchido pelos pais, com 23 itens referentes ao desenvolvimento e comportamentos utilizados em crianças dos 16 aos 30 meses. O objetivo do questionário é fazer o rastreio das PEA, na tentativa de determinar a cronologia de desenvolvimento da linha de base do desenvolvimento social precoce. O M-CHAT pode ser aplicado numa avaliação periódica de rotina (cuidados primários de saúde) ou em caso de suspeita. As respostas sim/não são convertidas em passa/falha. Resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos justificam uma avaliação formal por profissionais da área do neurodesenvolvimento. Como é um teste de rastreio, existe um elevado número de falsos positivos, ou seja, nem todas as crianças que cotam este questionário são diagnosticadas com PEA. No entanto, os resultados podem apontar para outras anomalias do neurodesenvolvimento (Ferreira, 2001).

A finalidade da avaliação não é só verificar se a criança preenche os critérios para as PEA, mas assegurar que este processo leva a programas de intervenção e educação que são adequados às necessidades da criança e dos membros da sua família (Autism-Europe, 2008 cit. in Martins, 2012).

### **Características das PEA**

O autismo é uma perturbação do neurodesenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade (Martins, 2012).

Oliveira (2009 cit. in Costa, 2012) apresenta algumas características/sinais precoces que são mais comuns a partir do nascimento: o bebé raramente chora ou, por outro lado, chora sem motivo aparente; não reage à companhia da mãe; não responde a sorrisos; demonstra desinteresse pelos objetos; as vocalizações iniciais não surgem ou atrasam-se. Entre os seis e doze meses, a criança recusa os alimentos sólidos, não é afetuosa, apresenta dificuldade em sentar-se ou gatinhar, tem dificuldade em articular palavras e não olha nem aponta para os objetos. Aos doze meses interessa-se obsessivamente por determinados objetos, demonstra comportamentos estereotipados e repetitivos e a locomoção é afetada. A partir dos 24 meses surgem as dificuldades de comunicação verbal e não-verbal, a tendência para o isolamento, o uso de padrões repetitivos de linguagem, a inversão dos componentes das frases e as brincadeiras não são iguais às das crianças da mesma idade. Os comportamentos que caracterizam os indivíduos com PEA tornam-se mais evidentes dos dois aos cinco anos de idade. A criança pode não falar, pode fazer ecolalia e inverter os pronomes. As crianças demonstram problemas na interação social porque não utilizam a linguagem para comunicar, tem dificuldades em iniciar ou manter um diálogo, usando um discurso monocórdico, com uma incapacidade evidente para entender frases ou questões mais simples (Ferreira, 2011; Costa, 2012; Martins, 2012).

A maioria dos indivíduos com PEA evolui com a passagem do tempo. Os sintomas do autismo, principalmente os comportamentos repetitivos e estereotipados, parecem aumentar durante alguns anos após o início, atingindo habitualmente um pico na idade

pré-escolar, e começam a estabilizar ou declinar durante a idade escolar (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003 cit. in Martins, 2012).

Como o autismo tem grande impacto no desenvolvimento do indivíduo, este apresenta um modo específico de pensamento e de funcionamento que se caracteriza por dificuldades em compreender e responder de forma adequada às diferentes situações do meio ambiente, selecionar e processar informação e responder a estímulos sensoriais. Desta forma, os indivíduos têm dificuldades em aprender de forma convencional, manifestando-se através de falta de motivação, dificuldade na compreensão de sequências e de consequências, déficit cognitivo específico, dificuldades de concentração e de atenção, alterações na discriminação/processamento auditivo e na compreensão de instruções fornecidas oralmente, falta de persistência nas tarefas, alteração da percepção da tarefa como um todo, dificuldade em aceitar mudanças e em compreender regras instintivas da interação social, dificuldades na gestão de imprevistos, comunicação expressiva, comunicação não-verbal, cognição social, alterações de sensibilidade à dor, sons, luzes ou tato, grande redução da capacidade imaginativa e de fantasiar, interesses restritos, alterações de sono, vigília ou em particularidades do padrão alimentar. Todas estas dificuldades, em contexto educativo, são consideradas necessidades educativas especiais de caráter permanente (Martins, 2012).

Relativamente a características físicas que se possam apontar para o diagnóstico de PEA, aparentemente, são raras. No entanto, existem algumas anomalias verificadas em crianças autistas e que podem estar associadas a esta problemática: má formação da orelha, não definição da lateralidade, alterações dermatológicas, expressão ou olhar distante e movimento repetitivo de alguma parte do corpo. Guzman et al. (2002, cit. in Vasconcelos, 2011) defendem que a criança autista não possui características físicas

marcantes mas que devido ao comprometimento das suas habilidades motoras, podem apresentar uma expressão vazia e distante.

As principais características que distinguem os indivíduos com PEA de todos os outros são, basicamente, do foro da Comunicação, Socialização, Imaginação e Comportamento (Ferreira, 2011; Vasconcelos, 2011; Costa, 2012; Martins, 2012).

### Comunicação

Os indivíduos com autismo apresentam grandes dificuldades em comunicar com o mundo exterior, quer através da linguagem verbal como da linguagem não-verbal. Os indivíduos não têm iniciativa na interação social, estabelecendo-se um tipo de linguagem não produtiva. Relativamente à comunicação verbal, Siegel (2008, cit. in Ferreira, 2011) estima que cerca de 50% dos indivíduos com PEA nunca chegam a desenvolver uma linguagem eficaz, ainda que a linguagem verbal esteja presente, sendo limitativa em termos de comunicação. Para estes indivíduos, o gestos e as expressões faciais combinados com a linguagem oral podem prejudicar a perceção do que é importante (Hewitt, 2006 cit. in Costa, 2012). Para tal, é necessário ajudar a criar canais de comunicação para o indivíduo e para quem o rodeia, de forma a incitar a interação social, diminuindo o peso da Tríade de Wing (Jordan, 2000 cit. in Ferreira, 2011).

### Socialização

As PEA têm como características a incapacidade para estabelecer relações sociais e falta de resposta e motivação para o contacto social (Garcia & Rodrigues, 1997 cit. in Costa, 2012). Segundo Jordan (2000, cit. in Ferreira, 2011), o principal problema centra-se na dificuldade de processar a informação social, que associado às dificuldades cognitivas, implica uma elevada dificuldade na realização de atos sociais adequados.



Rutter (1985 cit. in Costa, 2012) acrescenta ainda que as dificuldades na interação social manifestam-se através da inadequada apreciação de sinais socio emocionais, falta de resposta às atitudes afetivas dos outros, falta de comportamento de acordo com o contexto social, fraca utilização de sinais sociais, falta de comportamentos socio afetivos e ausência de reciprocidade afetiva.

### Imaginação

Nos indivíduos com PEA a imaginação também está alterada. Pode ser excessiva, mas na maior parte dos casos, a atividade imaginativa é ineficaz na sua função adaptativa (Frith, 2003 cit. in Ferreira, 2011). Hewitt (2006 cit. in Costa, 2012) entendia que a capacidade de fazer de conta, o jogo imaginativo ou criativo e a resolução de problemas são aspetos que são afetados quando existem alterações na imaginação. A falta de imaginação e de jogo espontâneo leva a criança a realizar sempre os mesmos jogos, com o intuito de se autoestimular (Frith, 2003 cit. in Ferreira, 2011). Por este motivo são adeptas das rotinas e à sua mínima alteração, surge uma angústia que pode durar o resto do dia. Em questões académicas, a incapacidade de imaginação condiciona a transferência de aprendizagens a novas situações similares.

### Comportamento

O comportamento é das áreas mais afetadas nos indivíduos com PEA e onde eles revelam mais dificuldades. Os problemas de comportamento refletem-se na expressão das suas dificuldades, dos seus medos, das suas necessidades e dos seus desejos (Martins, 2012). Os tipos de comportamento mais usuais nestes indivíduos são: interesses muito restritos e estereotipados, vinculação a determinados objetos concretos, rituais compulsivos que aparecem geralmente na adolescência e se desenvolvem

compulsivamente, maneirismos motores estereotipados e repetitivos, tais como autoestimulações cinestésica, autoestimulações perçetivas do tipo visual ou auditivo, ansiedade perante mudanças de ambiente e rotinas, birras muito frequentes e intensas, interesses sensoriais, interesses circunscritos ou obsessivos, comportamentos autoagressivos, híper ou hipo sensibilidade ao tato, audição e visão e respostas pouco comuns ao calor/frio e à dor (Rutter, 1985 cit. in Costa, 2012; Martins, 2012).

### **Prevalência**

A taxa de prevalência das PEA tem vindo a sofrer oscilações, decorrentes de uma maior sensibilidade no diagnóstico da perturbação e do crescente desenvolvimento de instrumentos mais precisos ao longo do tempo (APA, 2013).

Newschaffer et al. (2007 cit. in Ferreira, 2011), nos seus estudos, referem que nos Estados Unidos da América existem cerca de 450000 crianças e adultos com diferentes formas da Perturbação de Espectro do Autismo e que afetam quatro a cinco vezes mais os rapazes do que as raparigas.

Num estudo realizado em Portugal, com crianças em idade escolar, a prevalência total é de 9.2 em Portugal Continental e de 15.6 nos Açores por cada 10000 crianças. A grande maioria destas crianças é seguida regularmente em cuidados de saúde e cerca de metade está em escolas de Educação Especial (Oliveira et al., 2007 cit. in Ferreira, 2011).



### **Perturbações do Comportamento**

O diagnóstico, avaliação e intervenção com crianças que apresentam Perturbações do Comportamento tem sido uma das preocupações da comunidade técnica e científica que se ocupa do diagnóstico e tratamento de crianças e jovens (Benavente, 2001).

A agressividade e o conjunto de comportamentos negativos que tipicamente a acompanham estão entre os problemas mais preocupantes e prevalentes na saúde mental infantil (Domitrovich & Greenberg, 2010). A Perturbação do Comportamento é uma conduta destrutiva, agressiva e/ou desafiadora, podendo ser considerada leve, moderada ou severa. Segundo a nova classificação do DSM 5 (APA, 2013), as Perturbações Disruptivas do Comportamento são caracterizadas por dificuldades no auto controlo das emoções e dos comportamentos. As dificuldades são manifestadas através de comportamentos que violam os direitos dos outros e/ou comportamentos que desrespeitam as normas da sociedade ou figuras de autoridade.

O capítulo das Perturbações Disruptivas do Comportamento no DSM 5 (APA, 2013) engloba as seguintes perturbações: Perturbação de Desafio e Oposição, Perturbação Explosiva Intermitente, Perturbação de Conduta, Perturbação da Personalidade Antissocial, Piromania, Cleptomania e outras específicas e não específicas Perturbações do Comportamento. Embora todas as perturbações presentes neste capítulo envolvam problemas na regulação emocional e comportamental, a base da variação entre perturbações reside no ênfase dado aos problemas nos dois tipos de autocontrolo. Estas perturbações têm início, tendencial, na primeira infância ou adolescência. É raro que, durante a idade adulta, desenvolvam, pela primeira vez, Perturbação de Conduta ou Perturbação de Desafio e Oposição. Para que os comportamentos se enquadrem nas perturbações, as atitudes não podem ser apenas pequenos incumprimentos das ordens da

figura de autoridade ou uma tentativa isolada de ultrapassar os limites impostos, considerados normais no desenvolvimento das crianças. As atitudes devem ser consistentes, repetitivas e ter uma extensão de tempo longa, consistentes com os critérios de diagnóstico (Silva, 2008). Os problemas de comportamento externalizante (comportamentos agressivos, antissociais e opositivos) em crianças de idade pré-escolar e escolar podem ter impacto negativo no seu desenvolvimento. Os comportamentos desafiadores, agressivos e de desobediência em idade pré-escolar são considerados normativos, transitórios e desenvolvimentalmente adequados. No entanto, os clínicos têm tornado claro que cerca de metade das crianças em idade pré-escolar que são encaminhadas para consulta por problemas comportamentais, nomeadamente pouca capacidade de autorregulação, problemas de disciplina e dificuldades de autocontrolo, continuam a manifestar dificuldades de forma persistente nos anos escolares (Homem, Gaspar, Santos, Azevedo & Canavarro, 2013).

As Perturbações do Comportamento podem-se repercutir na idade adulta, o que acarreta responsabilidades individuais e sociais em termos humanos e económicos. O tratamento destas patologias é dificultado pela complexidade dos fatores implicados na sua etiopatogenia, pelo elevado grau de disfuncionalidade das famílias envolvidas e pela escassez de recursos comunitários para implementar estratégias de intervenção eficazes (Pardilhão, Marques & Marques, 2009). Neste trabalho, apenas a Perturbação de Desafio e Oposição irá ser descrita detalhadamente.

## **Perturbação de Desafio e Oposição**

De um modo geral, a Perturbação de Desafio e Oposição é caracterizada por um padrão habitual de comportamento negativista, desobediente e desafiante em relação às figuras de autoridade. Segundo o DSM 5 (APA, 2013), os critérios para a perturbação são os seguintes:

- A. Um padrão de raiva/humor irritado, comportamento argumentativo/ desafiante ou vingança com duração mínima de seis meses, evidenciado por, pelo menos, quatro sintomas de qualquer uma das seguintes categorias, e cujos comportamentos foram exibidos durante a interação com pelo menos um indivíduo que não um irmão.

### *Raiva/Humor irritado*

- Muitas vezes perde a calma/temperamento
- Muitas vezes é suscetível ou facilmente aborrecido
- Tem, muitas vezes, raiva e ressentimento

### *Comportamento argumentativo/desafiante*

- Muitas vezes discute com figuras de autoridade ou adultos
- Muitas vezes desafia ou recusa-se a cumprir os pedidos de figuras de autoridade ou as regras ativamente
- Muitas vezes, deliberadamente irrita outros
- Muitas vezes culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento

*Vingança*

- Foi rancoroso ou vingativo, pelo menos duas vezes, nos últimos seis meses

**Nota:** A persistência e frequência destes comportamentos devem ser usadas para distinguir um comportamento que está dentro dos limites normais de um comportamento que é sintomático. Para as crianças menores de cinco anos de idade, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, a menos que indicado de outra forma (Critério A8). Para os indivíduos com cinco anos ou mais de idade, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana, durante pelo menos seis meses, salvo indicação contrário (Critério AS). Embora esses critérios de frequência forneçam orientações sobre um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, como se a frequência e intensidade dos comportamentos estão fora de um intervalo que é normativo para o nível individual de desenvolvimento, género e cultura.

- B. A perturbação do comportamento está associada à angústia do indivíduo ou outros no seu contexto social imediato (por exemplo, família, grupo de pares, colegas de trabalho), ou com um impacto negativo sobre as áreas social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.
- C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de uma psicose, abuso de substâncias, depressão ou bipolaridade. Além disso, os critérios não são cumpridos para Perturbação de Desregulação do humor.

Especificar gravidade atual:

Ligeiro: Os sintomas são confinados a um único ambiente (por exemplo em casa, na escola, no trabalho, com os pares).

Moderado: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois contextos

Grave: Sintomas estão presentes em três ou mais contextos.

### **Caracterização da Perturbação de Desafio e Oposição**

A característica essencial da perturbação prende-se ao padrão de raiva/humor irritado, comportamento argumentativo/desafiante ou vingança. Os indivíduos discutem excessivamente com os adultos, não aceitam responsabilidade pelos seus atos, incomodam deliberadamente os outros, apresentam dificuldade em seguir regras e perdem facilmente o controlo quando as situações não decorrem da forma que eles esperam (Serra-Pinheiro, Schmitz, Mattos & Souza, 2004). Os indivíduos com esta patologia podem demonstrar atitudes comportamentais específicas sem presença de sintomas de humor negativo. No entanto, o mais usual é os indivíduos apresentarem sintomas de humor e sintomas comportamentais. Não é incomum para os indivíduos com Perturbação de Desafio e Oposição mostrarem sintomas só em casa e apenas com os membros da família. No entanto, a persistência dos sintomas é um indicador da gravidade da perturbação. Dado que os comportamentos característicos são comuns entre irmãos, estes devem também ser observados durante a interação com outras pessoas. Os sintomas desta perturbação são geralmente mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, sendo difícil demonstrá-los durante um exame clínico. Há aspetos chave para considerar se os comportamentos de determinado indivíduo preenchem ou não os critérios para esta perturbação: deverão existir quatro ou mais



sintomas durante, pelo menos, seis meses, assim como, a persistência e frequência dos sintomas devem exceder o que é considerado normativo para a idade, gênero e cultura. Os indivíduos com esta patologia justificam os seus comportamentos como uma resposta às exigências ou circunstâncias irracionais. Por exemplo, crianças podem ter um historial de pais hostis e, muitas vezes, é difícil determinar se o comportamento da criança fez com que os pais optassem por uma atitude mais hostil, se foi a hostilidade dos pais que levou ao comportamento problemático da criança, ou se é uma combinação de ambos (APA, 2013).

Frick e Viding (2009 cit. in Homem et. al, 2013) defendem a existência de duas possíveis trajetórias desenvolvimentais para esta perturbação: trajetória de início precoce e de início tardio. A trajetória de início precoce surge na idade pré-escolar com a emergência de problemas de comportamento, tais como, desobediência, gritar, bater, evolui em idade escolar para comportamentos agressivos e não agressivos e para sintomas mais graves na adolescência, tais como, violência interpessoal e crimes contra a propriedade, notando-se o alargamento dos contextos em que ocorrem os comportamentos. Na trajetória de início tardio, os comportamentos desajustados surgem apenas durante a adolescência. Desta forma, os autores referem que a frequência e a severidade das dificuldades comportamentais precoces tendem a agravar-se ao longo do tempo, enquanto que na trajetória de início tardio o prognóstico é mais favorável. Os problemas de comportamento em idade pré-escolar são um fator preditor do desenvolvimento posterior de uma perturbação de comportamento na adolescência ou na idade adulta. A trajetória de início precoce está associada a fatores de risco específicos, tais como, défices neuropsicológicos e cognitivos, características temperamentais, tais como, impulsividade, défice de atenção e problemas na regulação emocional, assim como

ao ambiente familiar e práticas educativas. As famílias mais conflituosas, instáveis e com progenitores que utilizam práticas educativas ineficazes são um fator preditor importante.

A Perturbação de Desafio e Oposição também é um risco para o desenvolvimento de Perturbações da Ansiedade e Perturbação do Humor Depressivo Major, mesmo na ausência de Perturbação de Conduta. Os sintomas desafiadores, argumentativos e vingativos constituem a maior parte do risco para as Perturbações de Conduta, ao passo que os sintomas de humor irritáveis constituem a maior parte do risco de patologias emocionais. As manifestações da perturbação ao longo do desenvolvimento parecem consistentes. Crianças e adolescentes com PDO estão em maior risco para uma série de problemas no ajuste como adultos, incluindo o comportamento antissocial, problemas de controlo de impulso, abuso de substâncias, ansiedade e depressão (APA, 2013).

### **Prevalência**

A prevalência das Perturbações do Comportamento, em países estrangeiros, ronda os 5% em idade escolar, com predomínio do sexo masculino. As Perturbações de Desafio e Oposição são, também, mais frequentes no sexo masculino e parecem constituir uma forma atenuada ou inicial das Perturbações do Comportamento. A Perturbação de Desafio e Oposição em idade pré-escolar é frequente, com amostras clínicas americanas a indicarem prevalências de cerca de 4 a 9% na população em geral. Ao longo do desenvolvimento, a prevalência tende a aumentar, com taxas de 6 a 12% nas crianças em idade escolar e até 15% na adolescência. Em Portugal, não há conhecimento de estudos publicados sobre a prevalência da patologia (APA, 2013; Egger & Angold, 2006 cit. in Homem et. al, 2013). Nos rapazes, em idade escolar, predominam comportamentos de oposição e héteros agressivos que evoluem com frequência para comportamentos com características antissociais na adolescência. As raparigas apresentam menos

comportamentos agressivos, mas mais atitudes de manipulação e, na adolescência, são habituais comportamentos de risco, nomeadamente de cariz sexual com risco de gravidez precoce (Pardilhão, Marques & Marques, 2009).

### **Etiologia**

São vários os modelos propostos para compreender a etiologia dos problemas de comportamento, nomeadamente, teorias neurológicas, sociológicas, psicanalíticas, cognitivistas e sistémicas. Pela pertinência e capacidade integradora, a etiologia, neste trabalho, será explicada à luz do modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento. Este modelo vai de encontro aos modelos ecológicos do desenvolvimento, abarcando as diferentes variáveis que poderão constituir fatores de risco para a PDO. A Psicopatologia do Desenvolvimento considera que no comportamento infantil, os resultados podem ser alcançados através de diversas trajetórias desenvolvimentais (princípio da multifinalidade) e que trajetórias semelhantes podem originar diversos resultados (princípio da equifinidade). Os problemas relacionados com o comportamento são difíceis de prevenir porque são determinados por múltiplos fatores e mantêm-se inseridos em vários sistemas ecológicos (família, grupo de pares, escola) (Domitrovich & Greenberg, 2010). A emergência dos problemas de comportamento externalizante parece resultar da combinação de diversos fatores, nomeadamente, práticas educativas negativas, temperamento da criança e relação com os irmãos. Por outras palavras, a trajetória (in)adaptada de um indivíduo perante determinada situação, pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por diversos fatores e contextos nos quais as situações estão inseridas. As três grandes categorias onde se inserem os diversos fatores de risco para a emergência da PDO são: fatores biológicos da criança, fatores relacionais pais-criança e fatores familiares e socio contextuais.

Tabela 3 - Fatores de Risco da Perturbação de Desafio e Oposição (adaptado de Pardilhão, Marques & Marques, 2009)

	Fatores Genéticos	Predisposição Biológica
	Temperamento da criança	Temperamento difícil
		Epilepsia, Lesão cerebral
	Défices neurocognitivos da criança	Défice cognitivo (executivo e verbal)
<b>Fatores Biológicos</b>		Estilo de Vida Materno
		Idade materna inferior a 18 anos
		Complicações obstétricas
	Período Pré e Pós-Natal	Prematuridade
		Baixo peso ao nascer
		Traumatismos cranioencefálicos na 1ª infância
	Tipo de Vinculação	Tipo inseguro ou desorganizado
		Experiências precoces carenciais/traumáticas
<b>Fatores Relacionais Pais-Criança</b>		Conflitualidade intrafamiliar
	Disfunção Familiar	Exposição a violência e maus tratos
		Estilo parental permissivo
		Irmão com Perturbação do Comportamento
		Baixo nível socioeconómico
		Grupos de pares delinquentes
<b>Familiares e Socio Contextuais</b>	Contexto Social	Insucesso e absentismo escolares
		Exposição a violência nos meios de comunicação
		Perturbação da Personalidade
		Antissocial
	Patologia psiquiátrica parental	Comportamentos Aditivos
		Perturbação Depressiva materna

## **Diagnóstico Diferencial**

O DSM 5 (APA, 2013) apresenta uma série de perturbações que abarcam o diagnóstico diferencial da Perturbação de Desafio e Oposição.

**Perturbação de Conduta:** a Perturbação de Conduta e a PDO estão ambas relacionadas com problemas de conduta que levam o indivíduo a entrarem em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (por exemplo, professores, supervisores de trabalho). Os comportamentos da PDO são tipicamente de natureza menos grave do que os de Perturbação de Conduta e não incluem agressões a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou fraude. Além disso, a PDO inclui problemas de desregulação emocional (ou seja, o humor com raiva e irritado) que não estão incluídos na definição de Perturbação de Conduta.

**Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade:** é muito frequentemente considerada uma comorbilidade da PDO. Para fazer o diagnóstico adicional de PDO é importante determinar que o fracasso do indivíduo de estar de acordo com os pedidos dos outros não é apenas em situações que exigem esforço sustentado e atenção.

**Perturbação Depressiva e Bipolar:** estas perturbações envolvem afeto negativo e irritabilidade. Como resultado, um diagnóstico de PDO não deve ser feito se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de uma Perturbação do Humor.

**Perturbação do Humor Disruptiva:** a PDO e esta perturbação partilham os mesmos sintomas de humor negativo crónico e explosões de temperamento. No entanto, a gravidade, frequência e cronicidade de explosões de temperamento são mais graves em indivíduos com Perturbação do Humor Disruptiva (PHD) do que naqueles com PDO. Assim, apenas uma minoria de crianças e adolescentes cujos sintomas satisfazem os

critérios para PDO também seriam diagnosticados com PHD. Quando a perturbação do humor é grave o suficiente para cumprir os critérios para a PHD, um diagnóstico de PDO não é dado, mesmo se forem cumpridos todos os critérios.

**Perturbação Explosiva Intermitente:** esta perturbação também envolve altas taxas de raiva. No entanto, os indivíduos com este transtorno apresentam agressões graves em relação aos outros, o que não faz parte da definição de PDO.

**Perturbação do Desenvolvimento Intelectual:** em indivíduos com PDI, um diagnóstico de PDO é dado apenas se o comportamento de oposição é marcadamente maior do que é comumente observado entre os indivíduos de idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual.

**Perturbação da Linguagem:** a PDO também deve ser diferenciada de uma falha em seguir as instruções que é o resultado da compreensão da linguagem comprometida.

**Perturbação da Ansiedade Social (fobia social):** a PDO também deve ser diferenciada da fobia social devido ao medo da avaliação negativa associada a esta patologia.

### **Comorbilidades**

A comorbilidade de PDO com outras perturbações é muito frequente (Gardner & Swaw, 2008 cit. in Homem et. al, 2013). As mais comumente associadas a esta perturbação são: Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade, Perturbações Emocionais (Ansiedade e Depressão), Perturbações Específicas da Aprendizagem e Perturbações da Comunicação (APA, 2013). A coocorrência de sintomas internalizantes é muito frequente em idade pré-escolar, o que poderá predizer que os comportamentos

opositivos e disruptivos podem ser uma das primeiras manifestações de ansiedade ou de outros processos relacionados com o humor (Rockhill, 2010 cit. in Homem et. al, 2013).

### **Tratamento**

De uma forma geral, Domitrovich e Greenberg (2010) defendem que as intervenções neste tipo de patologias podem ser classificadas em três categorias:

- a. Intervenções que se focalizam na criança e tentam reduzir os riscos por via da promoção de habilidades sociais, emocionais ou cognitivas;
- b. Intervenções que melhoram o funcionamento parental, as competências para prestar cuidados parentais ou a qualidade da relação entre pais e filhos;
- c. Intervenções com componentes múltiplos que integram diversas intervenções e focalizam múltiplos contextos.

Os programas focalizados apenas na criança não são muito comuns, dado que, a maioria deles inclui, no mínimo, uma componente parental. As intervenções com crianças são realizadas através de programas universais em sala de aula ou em pequenos grupos. Estas metodologias envolvem o ensino de competências sociais, emocionais ou de resolução de conflitos ou utilizam sistemas de contingência para modificar o comportamento das crianças (Domitrovich & Greenberg, 2010).

Neto (2000 cit. in Silva, 2008) referiu que os pais são os principais agentes de socialização na infância e as atitudes que transmitem têm influência sobre as crianças. Tendo em vista os fatores de risco relacionados à família que contribuem para o desenvolvimento de patologias do desenvolvimento, os programas mais usuais são em contexto de pequenos grupos. Estes programas ensinam os pais a serem “terapeutas

comportamentais” de si e dos próprios filhos. Alguns programas, de forma didática, exploram os fundamentos da análise do comportamento, incentivando os pais a motivarem os filhos a se comportarem bem e supervisionando-os na aplicação de técnicas de incentivo, de atenção ao bom desempenho e de retirada da atenção quando a criança não se comporta da maneira combinada. Estes programas denominados de “treinos parentais” são indicados para pais com crianças a partir dos três anos de idade até à entrada na adolescência (Barkley, 1997 cit. in Serra-Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006). A necessidade de colaboração estreita com a família é tanto maior quanto menor for a criança (Benavente, 2001). Os resultados indicam que os filhos dos pais participantes apresentavam menos problemas comportamentais, eram menos negativos e exibiam mais afetos positivos ao final do programa e um ano depois (Domitrovich & Greenberg, 2010).

Embora os programas que focalizam um único domínio sejam importantes e bastante úteis, não são tao eficazes quanto as intervenções com múltiplos componentes, que integram uma diversidade de estratégias para abordar diferentes fatores de risco. Estas intervenções incluem uma capacitação de pais e uma componente para promoção de competências para as crianças (idem).

Nos Cuidados de Saúde Primários, os técnicos devem ter alguns aspetos em consideração para que a intervenção terapêutica seja eficaz, nomeadamente, considerar os fatores desencadeadores e perpetuadores a nível familiar, social ou escolar; ter em conta os fatores protetores presentes, como ponto de ancoragem para a intervenção; fornecer apoio e orientação aos pais; articularem-se com a escola de forma a planear intervenções neste contexto que facilitem a integração no grupo de pares e investimento



em atividades lúdicas/desportivas; e, por fim, articularem-se com a rede de apoio social e projetos de intervenção socioculturais locais (Pardilhão, Marques & Marques, 2009).

A utilização de psicofármacos nas perturbações do comportamento pode abranger uma intervenção terapêutica adjuvante, nomeadamente no tratamento das comorbilidades e no controlo de sintomas graves, como a agressividade e a impulsividade intensas (Serra-Pinheiro et. al, 2004; Pardilhão, Marques & Marques, 2009)

### **Modelo Ecológico**

A abordagem ecológica do desenvolvimento enfatiza as características saudáveis do desenvolvimento, os estudos realizados em ambientes naturais e a análise da pessoa focalizada no maior número possível de ambientes e em contato com diferentes pessoas (Bronfenbrenner, 1996 cit. in Alves, 1997). Este modelo insere-se num paradigma contextualista relativamente às teorias da psicologia e do desenvolvimento humano.

Bronfenbrenner (1998 cit. in Mata, Peixoto, Morgado, Silva & Monteiro, 2012) afirma que *“o desenvolvimento da criança acontece através de processos de interação cada vez mais complexa entre uma criança ativa e as pessoas, objetos ou símbolos no seu ambiente imediato. Para ser eficaz a intervenção deve ocorrer numa base regular durante longos períodos de tempo”*. Com esta afirmação, conclui-se que o desenvolvimento é influenciado pela qualidade das interações, ou seja, pelos modelos relacionais que servem de referência ao indivíduo. A interação deverá ser caracterizada pela reciprocidade, promovendo segurança, afeto e confiança. Por outras palavras, o desenvolvimento humano é observado através das mudanças estáveis no processo como as pessoas percebem e lidam com o seu ambiente. O ambiente, nesta abordagem, é compreendido como ambiente percebido, constituído por quatro níveis interarticulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes (Franco & Bastos, 2002). Sendo uma abordagem dialética, as relações de causa-efeito dificilmente podem ser consideradas, uma vez que todas as variáveis de uma determinada situação se influenciam mutuamente. Este modelo estabelece-se como uma teoria geral relativa à forma como o desenvolvimento emerge da inter-relação entre o indivíduo e os contextos aos quais pertence e pelos quais é direta ou indiretamente afetado.

Neste modelo, os principais motores do desenvolvimento são as interações entre os indivíduos e entre os indivíduos e os seus contextos. Brofenbrenner (1999 cit. in Mata et. al, 2012) propõe o modelo PPCT do desenvolvimento que considera o desenvolvimento humano em virtude das inter-relações entre quatro conceitos-chave: processo, pessoa, contexto e tempo. O processo refere-se ao conjunto de interações entre um indivíduo e as pessoas, os objetos e os símbolos do seu ambiente mais próximo. As interações respeitam as características individuais e as características dos contextos. A pessoa é o conjunto dos fatores biológicos e genéticos no desenvolvimento e as características pessoais envolvidas nas interações com os outros e com o meio. As características subdividem-se em três tipos: características de estímulo pessoal, responsáveis pelas expectativas durante as interações; características de recurso, relacionadas com os recursos cognitivos e emocionais, competências e capacidade; características de força, relacionadas com fatores como o temperamento, crenças, motivação, resiliência ou persistência. O contexto refere-se ao ambiente ou contextos que direta ou indiretamente influenciam o indivíduo. São considerados quatro sistemas que têm por base as relações nas quais duas pessoas prestam atenção nas atividades umas das outras ou delas participam, sendo eles o microsistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (Franco & Bastos, 2002). O microsistema é aquele em que o indivíduo interage maioritariamente, como a escola, a casa e o trabalho; o mesossistema é a relação existente entre os vários microsistemas quando os indivíduos interagem e desenvolvem atividades; o exossistema refere-se aos contextos que influenciam indiretamente os indivíduos; e, por fim, o macrossistema é considerado o plano geral da cultura e fenómenos sócio históricos.

Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo opera nos diferentes contextos em que está vinculado, ou seja, o desenvolvimento humano corresponde ao conjunto destas transições ecológicas. No decurso do processo de desenvolvimento, o indivíduo em inter-relação e interação com os diferentes contextos, poderá modificar algumas das suas características pessoais ou ligadas aos processos proximais, de forma a determinar a sua posição no mundo e a participar ativamente nos diferentes contextos (Mata et. al, 2012).

As perspetivas construtivistas, sistémicas e ecológicas assumem um papel fundamental na intervenção psicológica, possibilitando a adoção de abordagens preventivas e proactivas, tendo em linha de conta o papel da relação entre os contextos na promoção do desenvolvimento da criança. A emergência de um modelo ecológico-desenvolvimental de intervenção enfatiza uma postura colaborativa por parte do psicólogo, possibilitando uma atuação eficaz relativamente às solicitações. Desta forma, os processos de mediação na intervenção psicológica são importantes enquanto promotores da relação e da intervenção inter-contextual e ecológico-desenvolvimental (Melo & Pereira, 2007).



## **Intervenção Psicológica em Crianças**

### **Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais**

O processo de colocar em prática os conhecimentos do indivíduo de forma a aprender a agir/reagir adequadamente às diferentes situações e contextos denomina-se competência (Afonso, 2011). O desenvolvimento das competências pessoais e sociais é constituído pelas características individuais, relacionais e emocionais do indivíduo. Na vertente individual pretende-se desenvolver a autoestima e o autoconceito. A vertente relacional prende-se à promoção de comportamentos assertivos e de relações interpessoais e, por fim, a vertente emocional refere-se à gestão emocional. As competências sociais, quando ausentes da vida do indivíduo, podem provocar isolamento social, conduzindo a problemas de comportamento e de relacionamento (Freitas, Simões & Martins, 2011).

Os programas de promoção de competências têm vindo a substituir os programas com carácter curativo ou remediativo que eram focalizados na diminuição de problemas individuais e assumem também uma vertente preventiva e desenvolvimental, no sentido em que impedem ou dificultam a chegada de determinado problema e os indivíduos aprendem a utilizar as competências pessoais e sociais de forma ajustada e adequadas ao contexto. Na perspetiva preventiva, os programas devem ser adaptados à idade, nível de desenvolvimento e cultura da população-alvo (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

São vários os tipos de programas que têm sido utilizados com o objetivo de promover as competências pessoais, sociais e emocionais através de estratégias lúdicas e com objetivos muito específicos. Focam-se no aperfeiçoamento de competências sociais e emocionais que terão efeitos significativamente positivos na habilidade de *coping*, resolução de problemas, autoconceito, inteligência emocional, comportamentos pró-

sociais, diminuição de comportamentos de risco e agressividade, capacidade de nomear emoções e aceitação pelos pares. Matos (2005 cit. in Afonso, 2011) salienta que a promoção de programas de competências pessoais e sociais permite que as crianças e adolescentes identifiquem e resolvam os seus próprios problemas, giram conflitos interpessoais, otimizem a sua comunicação interpessoal, defendam os seus direitos e resistam à pressão do grupo. As crianças e os jovens aprendem a planear o futuro, a refletir, a serem autónomos e a saberem procurar diferentes alternativas e relações de ajuda para as suas dificuldades, o que constitui uma mais-valia para o desenvolvimento de estilo de vida saudável (Calmeiro, 2008 cit. in Freitas, Simões & Martins, 2011).

### **Ludoterapia**

A comunicação entre o psicólogo e a criança depende da perceção que o psicólogo tem da natureza da criança, dos seus ritmos e tenta cativar a sua confiança para que ela se consiga expressar através da brincadeira e do jogo numa relação simbiótica. O brincar através do jogo é uma forma de estabelecer a comunicação entre o psicólogo e a criança, dado que as projeções da criança através do uso de objetos permite conhecer a sua expressão emocional, as suas angústias e as suas alegrias tendo como facilitador contra a defesa da ansiedade uma boneca ou uma dinâmica de casinha de bonecas (Laires, 2013).

Quanto mais pequena é a criança maior é a dificuldade em compreender o seu mundo interno e a sua dinâmica de personalidade, mas através da observação e interpretação das suas projeções é possível delinear as suas características. A linguagem da criança, enquanto brinca, é clara e transparente para os outros (Ribeiro, 2013).

A ludoterapia é uma técnica usada no âmbito da psicoterapia infantil e consiste na análise e na terapia da criança realizadas através das suas atividades lúdicas, ou seja,

procede-se à observação e, frequentemente, participação na elaboração de jogos e brincadeiras por parte da criança, uma vez que o jogo é considerado como um meio natural que a criança possui para expressar simbolicamente o seu mundo interno e exteriorizar. A meta da ludoterapia é promover ou estabelecer o bem-estar psicológico do indivíduo através de atividades lúdicas. No contexto do desenvolvimento social da criança, a atividade lúdica faz parte do repertório infantil e integra dimensões da interação humana necessárias na análise psicológica, tais como, regras, cadeias comportamentais, simulações ou faz-de-conta, aprendizagem observacional e modelagem (idem).

Todo o processo terapêutico que se faz através da palavra no adulto, na criança faz-se por meio da atividade lúdica, de modo a facilitar a comunicação entre esta e o terapeuta. A ludoterapia tem como finalidade conhecer a realidade da criança, como técnica de investigação e como possibilidade de intervenção (Laires, 2013).





### **Objetivos do Estágio**

Os objetivos do estágio foram estipulados pela orientadora de estágio. O objetivo consistia na promoção de conhecimentos e experiências em quatro grandes áreas:

1. Diagnóstico – conhecer as etapas do desenvolvimento da criança e identificar as diferentes perturbações do neurodesenvolvimento e outras afins;
2. Avaliação – aplicação de testes psicométricos, elaboração de relatórios e discussão em equipa do diagnóstico;
3. Intervenção – acompanhamento de casos e aplicação de metodologias de intervenção, construção de programas de intervenção para crianças e pais;
4. Investigação científica – participação num projeto de investigação.



## **Metodologia**

### População – Avaliação e diagnóstico

Um dos objetivos propostos no início do estágio referia-se à avaliação e diagnóstico corretos de crianças e jovens. Desta forma, a amostra refere-se à população alvo da consulta de Psicologia da Unidade de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, descrita anteriormente.

### Procedimento – Avaliação e Diagnóstico

O estágio académico teve início em Setembro de 2013 e fim em Junho de 2014. Nos primeiros meses, de Setembro a inícios de Novembro, foi dada extrema importância à observação das consultas de Psicologia, assim como, consultas de outros técnicos da equipa multidisciplinar, nomeadamente pediatria e terapia da fala. Neste período foram observadas cerca de 120 consultas, sendo que 89 eram consultas de primeira vez, avaliação e diagnóstico e as restantes 31 consultas foram de aconselhamento psicológico, reavaliação e diagnóstico. Posteriormente, foram realizadas cerca de 594 consultas, sendo 462 consultas de primeira vez, avaliação e diagnóstico e as restantes 136 remetem-se para aconselhamento psicológico, reavaliação e diagnóstico.

As consultas de Neurodesenvolvimento mantêm a influência de Mary Sheridan, sendo que a consulta de primeira vez tem como objetivo conhecer a família e a criança, retirar a história clínica (emocional e educacional), recolher as queixas da família assim como o motivo de envio para a consulta e, por fim, esclarecer a família sobre o processo avaliativo que irá decorrer no seguimento. Na consulta de avaliação de primeira vez é feito, mais uma vez, o enquadramento em relação ao processo avaliativo, explicando os testes psicológicos que irão ser aplicados à criança, aplicação de questionários à família e pedido/análise de informação escolar. A avaliação psicológica poderá ser realizada com

ou sem presença dos pais, em função da idade e competências da criança. As consultas de aconselhamento psicológico e diagnóstico têm como objetivo a entrega do relatório de avaliação com explicação dos resultados e apresentação do diagnóstico da perturbação da criança, escuta ativa das dúvidas dos pais acerca do diagnóstico, aconselhamento de estratégias de intervenção para lidar com a problemática do filho, aconselhamento de apoios terapêuticos, sociais e educativos (ao abrigo do dec. lei 3/2008) que a criança pode e deve usufruir. Esta consulta pode ser realizada na presença de outros técnicos da equipa multidisciplinar, assim como, de técnicos de intervenção comunitária (professores, educadores). Esta consulta é fundamental para compreender o perfil emocional da criança, a interação da família e a dinâmica familiar subjacente assim como os cuidados prestados, poderá também ser realizado treino de competências parentais, estabelecimento de contacto com as escolas via telefone e elaboração de declarações para a junta médica de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade. As consultas de reavaliação têm como objetivo, através da aplicação de testes psicotécnicos, fazer a renovação ou manutenção do diagnóstico.

#### Instrumentos – Avaliação e Diagnóstico

As consultas de avaliação não se remetem só à aplicação de anamnese, são também utilizados testes com o intuito da obtenção de um diagnóstico o mais adequado possível. Os testes mais utilizados são o teste de Denver II, Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, Inventário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para a criança, pais e professores, Escala de Hiperatividade de Conners para pais e professores, Inventário de Estereotipias, Questionário C.A.R.S., Inventário de Depressão Infantil - CDI, M-Chat, Escala de Inteligência de Weschler – WISC III e Matrizes Progressivas de Raven. Durante o período de estágio, foram realizadas variadas avaliações ao abrigo do

Protocolo da Prematuridade. As patologias mais recorrentes foram a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e Perturbação do Espectro do Autismo, associadas a outras perturbações, tais como Perturbação da Linguagem e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade.

#### População – Intervenção

A intervenção psicológica realizada no decorrer do estágio académico abrangeu cinco crianças, sendo quatro do género masculino e uma do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos. Foram realizadas duas intervenções individuais e uma intervenção em grupo com três crianças do sexo masculino. Apenas as intervenções individuais irão ser descritas detalhadamente. A intervenção em grupo irá ser apresentada no capítulo Outras Atividades Realizadas, através de uma descrição sumária da mesma, constando os nomes fictícios dos participantes, tendo em vista proteger a respetiva identidade e privacidade, a idade, data da primeira sessão, motivo da consulta, número de sessões efetuadas e o tipo de intervenção psicológica realizada.

#### Instrumentos – Intervenção

Os instrumentos utilizados no decorrer da avaliação psicológica foram a entrevista clinica/anamnese, WISC III (Escala de Inteligência de Weschler para crianças), CDI (Inventário de Depressão Infantil), Escala de Auto-estima de Susan Harter, Questionário LSFC (Escala de Isolamento para Crianças), Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SQD) e Escala de Conners para pais e professores – versão reduzida.

- Escala de Inteligência de Weschler para crianças – WISC III

A WISC – III é um instrumento que permite avaliar a capacidade intelectual de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os seis e os dezasseis anos. Esta bateria de provas é constituída por treze subtestes, onde cada um analisa um aspeto diferente da

inteligência. Os subtestes são divididos em dois grupos: verbais e de realização. Os subtestes verbais são os seguintes: informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e memória de dígitos (opcional). Os subtestes de realização são constituídos por complemento de gravuras, código, disposição de gravuras, cubos, composição de objetos, pesquisa de símbolos (opcional) e labirintos (opcional). O desempenho das crianças e adolescentes é analisado através dos subtestes e dos resultados compósito: QI (quociente de inteligência) verbal, QI de realização, QI da escala completa, índice de compreensão verbal, índice de organização perceptiva e índice de velocidade de processamento (Simões, Rocha, Ferreira, 2003)

- Inventário de Depressão Infantil – CDI

A versão original da prova é *Children's Depression Inventory* de Kovacs (1982). O CDI é um instrumento que permite identificar crianças e adolescentes com alterações do humor, afetivas, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais. Esta escala permite avaliar os sintomas depressivos da criança ou do jovem. O CDI é composto por vinte e sete itens e pode ser aplicado a crianças e jovens na faixa etária dos sete aos dezassete anos. Os inquiridos devem responder de acordo com o seu comportamento nas últimas duas semanas. Os itens estão ordenados por gravidade de expressão sintomática, sendo que a cotação varia entre 0 e 3 pontos. O resultado final é obtido através da soma de todos os itens, podendo variar entre 0 e 54 pontos. De acordo com os resultados obtidos no CDI, estabelece-se uma definição empírica de sintomatologia depressiva, sendo considerados como sintomas depressivos as crianças e jovens que apresentam um resultado a partir de um desvio padrão acima da média e sem sintomas depressivos os que apresentam um resultado inferior a menos um desvio padrão da média.

- Escala de Auto-estima de Susan Harter

Esta escala avalia dois modelos distintos da autoestima, o modelo unidimensional e o modelo multidimensional. Sendo assim, avalia a autoestima global e competências específicas a determinados domínios. Esta prova pode ser aplicada na faixa etária dos oito aos quinze anos. As subescalas da prova são: competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, comportamento e autoestima global. A competência escolar avalia a perceção que a criança tem da sua competência no âmbito dos desempenhos escolares. A aceitação social refere-se ao grau em que a criança tem amigos, sente que é popular e sente que as outras crianças gostam dela, mais do que as competências sociais genéricas. A competência atlética prende-se com o conteúdo de desportos e atividades ao ar livre. A aparência física está relacionada com o nível de satisfação da criança com o seu aspeto, altura, peso, corpo, cara, cabelo e com o fato de se sentir atraente. O comportamento avalia o quanto a criança gosta do modo como se comporta. Por último, a autoestima global é uma medida global de valor pessoal e não uma medida de competência geral. Cada uma das seis subescalas contém seis itens, constituindo um total de trinta e seis itens. Na resposta a cada item, a criança tem que escolher qual tipo de criança é e qual o grau em que é assim. Os resultados de cada subescala são comparados à média e desvio padrão por sexo e idade.

- Questionário LSFC (Escala de Isolamento para Crianças)

Esta escala permite obter informação sobre os sentimentos de solidão ou isolamento e descontentamento social de crianças em idades compreendidas entre os oito e os doze anos, no que respeita apenas ao seu meio escolar. A escala completa é constituída por vinte e quatro itens, sendo que dezasseis são medidas de solidão, de inadequação vs. adequação social ou estimativas subjetivas do “status” atribuído pelos colegas. Os



restantes oito itens dizem respeito a algumas atividades geralmente preferidas pelas crianças neste intervalo de idades e pretendem ajudar a criança a sentir-se mais calma face à tarefa de indicar os seus sentimentos nos diversos assuntos. Desta forma, apenas os dezasseis itens são tomados em consideração na cotação da prova. As respostas são cotadas de 1 a 5, sendo 1 correspondente a “é sempre verdade no meu caso” e 5 correspondente a “não é verdade no meu caso”. Nos itens formulados na negativa, a pontuação deve ser invertida. Segundo o resultado obtido no questionário, as crianças são incluídas em cinco categorias: crianças populares, crianças rejeitadas, crianças negligenciadas, crianças controversas e crianças médias.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – versão crianças, pais e professores

O SDQ é um questionário composto por vinte e cinco itens, desenvolvido e validado no Reino Unido por Robert Goodman em 1997 (cit. in Portela, 2001) Este questionário, que pode ser aplicado a crianças dos quatro aos dezassete anos, tem três utilidades: instrumento de triagem, avaliação clínica e instrumento de investigação de comportamentos, emoções e relações interpessoais de crianças e adolescentes. O SDQ oferece informação sobre o comportamento nos diferentes contextos – casa e escola – e faz a triagem para perturbações de externalização e internalização, de forma breve. O SDQ é apresentado sob três formas: auto relato para crianças com idade superior a onze anos, uma versão para os pais e para os professores. São apresentadas três alternativas de resposta aos itens do questionário: “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é muito verdade”. É pedido a quem preenche o questionário que se recorde dos acontecimentos dos últimos seis meses. O questionário é composto por cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento

com os colegas e comportamento pró-social. Realizando a soma de todas as escalas, exceto a escala de comportamento pró-social, obtém-se a Pontuação Total das Dificuldades. Em Portugal, o SDQ foi traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar em 2005 (Portela, 2001). As principais vantagens do SDQ regem-se pela brevidade de aplicação e abrangência, simplicidade de administrar e de analisar atributos comportamentos negativos e positivos, correspondência das subescalas e itens com critérios de classificação correntes e utilização dos mesmos itens e escalas nas três versões.

- Escala de Conners para pais e professores – versão reduzida

A escala de Conners avalia os problemas de comportamento através de respostas de professores, pais e adolescentes. No processo de avaliação e diagnóstico em Saúde Mental Infantil, esta escala tem uma função imprescindível, em conjunto com outros instrumentos de avaliação e fontes de informação, na avaliação multimodal da Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH). A versão revista da Escala de Conners apresenta três tipos de escala: escala para professores, escala para pais e escala para adolescentes. As três escalas apresentam-se sob duas versões: forma completa e forma reduzida. Esta escala é apropriada para avaliar indivíduos entre os três e os dezassete anos. A forma reduzida para pais é constituída por vinte e sete itens, sendo solicitado aos pais que se recordem do comportamento da criança no último mês. As subescalas incluídas são oposição, problemas cognitivos - desatenção, excesso de atividade motora e índice de hiperatividade e défice de atenção. A versão dos pais complementa a versão dos professores, no sentido que os pais têm oportunidade de observar os seus filhos em muitos contextos e circunstâncias, enquanto os professores possuem a noção de comportamento adequado na sala de aula. A versão reduzida da

Escala de Conners para professores é constituída por vinte e oito itens e as subescalas são as que também estão presentes na forma reduzida para pais. É importante salientar a relevância do Índice de Hiperatividade e Défice de Atenção. Este índice contém itens que permitem distinguir crianças com uma PDAH daquelas sem quaisquer problemas. O índice permite, desta forma, despistar crianças e adolescentes que estejam em risco de apresentar sintomas passíveis de diagnóstico (Rodrigues, 2004).

#### Procedimento – Intervenção

Atendendo aos objetivos do estágio, deu-se início a todo um processo terapêutico, tendo por base uma estrutura que inclui: entrevista inicial/anamnese, avaliação psicológica, devolução de resultados, elaboração de objetivos terapêuticos, elaboração de programa de sessões individuais de apoio psicológico e elaboração de um relatório final. A intervenção teve frequência semanal, na consulta de Psicologia do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Todos os nomes apresentados no presente trabalho são nomes fictícios com vista à proteção da identidade das crianças.

#### Calendário semanal

---

Tabela 4 – Calendário Semanal de Atividades

Dia/Hora	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira
8h		Intervenção	Intervenção
9h	Consulta Externa	Sessão de Formação	Consulta Externa
10h	Consulta Externa	Reunião multidisciplinar	Consulta Externa
11h	Consulta Externa	Reunião multidisciplinar	Consulta Externa
12h	Consulta Externa	Sessão Clínica do Serviço de Pediatria	Sessão do Núcleo de Formação e Biblioteca
13h		Almoço	Almoço
14h		Consulta Externa	Intervenção
15h		Consulta Externa	Consulta Externa

---

Durante o estágio, para além da realização de consultas externas, de consultas de apoio psicológico e intervenção, foram também assistidas reuniões do *jornal club*, sessões clínicas do serviço de pediatria e sessões do núcleo de formação e biblioteca. Enquanto estagiária também participei em três congressos.

De todas as sessões assistidas e participação em congressos, destacam-se os seguintes temas:

- Efeitos da estimulação gustativa nos estados comportamentais de recém-nascidos prematuros
- Perda e Luto – Viver o luto no período perinatal
- Intervenção? Que respostas?
- Prevalence and neonatal factors associated with autism spectrum disorders in preterm infants
- Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica
- Linguagem nos prematuros
- Developmental trajectories of mobility and self-care capabilities in young children with cerebral palsy
- Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with internet addiction
- Ludoterapia centrada na criança
- O luto na criança
- Relações familiares e desenvolvimento infantil nas famílias homoparentais
- Perturbação da Linguagem e Dislexia

- Desenvolvimento, psicopatologia, e apego: estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras
- Bullying
- Trissomia 21 – Apresentação do Kit21
- A escolaridade obrigatória e a inclusão de alunos com currículo específico individual
- Virtual reality applications in attention deficit disorder with hyperactivity: an approximation
- Preference for solitude and adjustment difficulties in early and late adolescence
- Enurese na infância
- Deficiência e Inclusão – Fundação Calouste Gulbenkian
- 5º Congresso Internacional da Psicologia da Criança e do Adolescente – Universidade Lusíada de Lisboa
- III Jornadas da USF do Hospital de Santa Maria no Centro de Saúde de Sete Rios

## **Caso Clínico I**

### **Identificação**

Nome: Pedro

Data de Nascimento: 21-03-2002

Idade: 12 anos

Nível Escolaridade: 5º ano do 2º ciclo (com um adiamento de matrícula no pré-escolar)

### **História Clínica**

Pedro, criança de 12 anos, vive atualmente com a mãe e irmã na zona da Amadora. Filho de pais separados, a mãe, 31 anos, é operadora especializada e o pai, 34 anos, é motorista.

O primeiro sinal de alerta foi dado pela mãe quando, por volta dos 3 anos, notou que o Pedro estava atrasado na fala comparativamente às outras crianças da mesma idade. Procurou ajuda no Hospital de Santa Maria e iniciou terapia com técnicas de Terapia da Fala. A terapia teve duração de um ano. Entre os 3 e 4 anos fez intervenção psicológica na Unidade de Neurodesenvolvimento do mesmo hospital, referenciado pela técnica de Terapia da Fala, por suspeita de diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. A mãe refere que aquando da separação dos pais (aos 2 anos de idade do Pedro), todas as aprendizagens que ele tinha adquirido regrediram.

Relativamente a antecedentes pessoais e familiares, o Pedro teve urticária por volta de um ano de idade, aos cinco anos foi operado a hérnias da linha branca abdominal e aos sete anos foi também operado aos adenoides e amígdalas. O pai e tia paterna apresentam um défice no fator sete e o avô teve um aneurisma.

A gravidez de Pedro correu normalmente, sem presença de problemas de saúde e/ou alterações emocionais, não foi um bebé planeado mas foi desejado. Nasceu com trinta e sete semanas de gestação, de parto normal com apresentação cefálica, sem sinais de sofrimento fetal, com 3,070kg e 48cm de comprimento. À data do nascimento, a mãe de Pedro tinha 20 anos. Em bebé, Pedro foi amamentado até aos quatro anos, aos seis meses começou a sentar-se, por volta dos vinte e quatro meses deixou as fraldas, aos treze meses começou a dar os primeiros passos e a primeira palavra foi por volta dos doze meses. Relativamente à alimentação a mãe não apresenta queixas, referindo que sempre se alimentou bem. As papas foram introduzidas aos quatro meses e a sopa aos cinco meses. Era uma criança que chorava muito de noite e fazia birras constantemente.

Frequentou infantário durante quatro anos. A adaptação do Pedro não foi satisfatória, salientando as birras muito frequentes (diárias). A criança preferia estar com os adultos do que brincar e conviver com os pares. Ao longo dos anos foi alvo de agressões e chacota pontuais pelos pares. A mãe refere que quando pediram adiamento escolar, os comportamentos agressivos por parte dos pares para com o Pedro pioraram.

Atualmente, o Pedro tem autonomia na execução da sua higiene pessoal, come e veste-se sozinho, contudo a mãe refere que “é muito esquisito na comida” (SIC). A criança tem quarto próprio, dorme sozinha com luz acesa e tem sempre a companhia de peluches e carros na sua cama. A mãe refere que o Pedro demora a adormecer. Relativamente aos comportamentos de cariz emocional, o Pedro não chora ou zanga-se facilmente, não tem medos ou receios, não é conflituoso. Contudo, só há pouco tempo (por volta de dois anos) é que o Pedro olha para o espelho.

Relativamente a terapêuticas farmacológicas, Pedro faz Rubifen 1mg duas vezes ao dia e Risperidona quando está muito eufórico.

Na escola, encontra-se no 5º ano e mudou recentemente (Janeiro de 2014) de turma pois a turma inicial era muito barulhenta, muito conflituosa, era alvo de chacota por parte dos pares e o Pedro não conseguiu integrar-se. Com a mudança de turma, esperase uma melhor integração, melhor socialização com os pares e melhor aproveitamento escolar. Em termos de socialização, Pedro continua a preferir estar com adultos, neste caso, com as auxiliares de educação nos intervalos, referindo que “Perdi o apetite para brincar com os meus colegas. Já brinquei tudo o que tinha a brincar com eles” (SIC). Pedro não tolera confusão e muito barulho, desta forma, quando toca para entrar só se dirige à sala depois de todos os colegas da escola estarem dentro da sua sala de aula e quando toca para sair, Pedro prefere esperar e sai passado cinco a dez minutos para evitar a confusão. A mãe refere que não é só na escola que Pedro evita a confusão. Quando vão a um centro comercial, Pedro fica muito ansioso quando vê muita confusão e quando tem que andar de loja em loja.

As atividades preferidas de Pedro são jogar *Minecraft* no computador e na *PlayStation 3* e visualizar canais de *Youtube*. Relativamente a planos familiares, a mãe refere que o que o Pedro mais gosta de fazer é ir ao cinema de manhã, seguido de almoço no *McDonalds*.

Relativamente a comportamentos obsessivos, salienta-se o facto de não gostar de estar fora de casa por mais de quarenta minutos, não toca na maior parte das coisas porque tem medo de sujar as mãos e nunca mais sair, lava as mãos várias vezes aos dias, é



aficionado por videojogos e só recentemente começou a olhar-se ao espelho, pois considerava-se feio.

Em termos de apoios, o Pedro beneficia de ensino educativo especializado (decreto de lei 3/2008), intervenção psicológica Terapia da Fala.

Atualmente, o diagnóstico apresentado para o Pedro é Perturbação do Espectro do Autismo de nível ligeiro associado a um estado limite do funcionamento cognitivo, Perturbação da Linguagem e Perturbação de Défice de Atenção.

### **Resultados e Interpretação da Avaliação Psicológica**

#### **Avaliação do Desenvolvimento Mental**

Nesta avaliação do Desenvolvimento Mental foram aplicados os seguintes testes: ESCALA DE WESCHLER – WISC III (Escala de Inteligência de Weschler para crianças), CDI (Inventário de Depressão Infantil), Escala de Auto-estima de Susan Harter, Questionário LSFC (Escala de Isolamento para Crianças), Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SQD) versão pais e professores e Escala de Conners para pais e professores – forma reduzida.

O rendimento intelectual avaliado pela Escala WISC III encontra-se muito inferior (63) à média esperada para a sua idade, mas com uma dissociação negativa na área Verbal (58). A área da Realização situa-se inferior (77) à média esperada para a sua idade.

A análise dos resultados obtidos na sub-escala Verbal permite concluir que o Pedro tem resultados que se situam abaixo da média em todas as provas realizadas. Houve um maior investimento nas provas que remetem para a elaboração de categorias cognitivas, cálculo mental e memória auditiva. As áreas de maior dificuldade são as que

remetem para a cultura geral, pensamento categórico, compreensão/julgamento social e conhecimento da língua (léxico).

A análise dos resultados obtidos na sub-escala da Realização permite concluir que o Pedro tem resultados que se situam dentro da média e que remetem para a atenção e para a discriminação perceptiva. Abaixo da média estão as restantes competências que remetem para a construção do todo, para a ordenação temporal, para a organização espacial e velocidade de processamento.

Os resultados dos Índices Fatoriais revelam que a compreensão verbal e a organização perceptiva encontram-se abaixo da média, no entanto a velocidade de processamento visual encontra-se na média inferior.

#### Avaliação da Interação, do Comportamento e da Atenção

O Pedro é uma criança que revela alguma iniciativa na interação social em contexto da intervenção e sobretudo com o adulto. No entanto, a escola refere que o Pedro tem tendência a isolar-se, prefere brincar sozinho, não tem um bom amigo ou amiga, não é simpático e amável com crianças mais pequenas e geralmente não está pronto a ajudar os outros (SDQ).

A nível comportamental, durante a avaliação, manteve uma postura de participação, contudo observam-se alterações nomeadamente uma lentidão no seu desempenho, com tempos de latência ao nível de resposta muito aumentados. Revelou pouco interesse na comunicação, tendo mantido durante as provas orais um desempenho muito lento, sempre a bocejar, ficando a olhar para o nada e apresentando queixas de dores de cabeça e sede (de acordo com o que a escola também refere no questionário SDQ). Tanto a mãe como a escola revelam que o Pedro zanga-se com facilidade, é

ressentido, faz birras e não obedece com facilidade ao que lhe é pedido (Conners e SDQ). Como descrito na história clínica, o Pedro é alvo de chacota na escola por parte dos colegas, facto também confirmado pela mãe, pela escola e pelo próprio. Relativamente a comportamentos obsessivos e repetitivos, a mãe refere o facto de o Pedro estar constantemente a lavar as mãos, de não tocar em determinados objetos com medo que se suje e nunca mais saia. Por vezes, recusa-se a tomar banho.

A nível da atenção o Pedro revela acentuado défice, que se reflete num desempenho lento. A escola aponta como sendo recorrente a sua distração fácil, o esquecimento das coisas que aprendeu, o só dar atenção àquilo em que está interessado, a dificuldade em esperar pela sua vez, não terminar as coisas que começa e a dificuldade em empenhar-se em jogos ou atividades de lazer de forma sossegada (Conners e SDQ). A mãe assinala os mesmos itens que a escola, acrescentando a dificuldade que tem em controlá-lo em centros comerciais ou sítios públicos e a necessidade de acompanhamento para executar as suas tarefas (SDQ).

O Pedro está a fazer terapêutica farmacológica, contudo nos dois dias da aplicação da WISC não tomou a medicação.

#### Avaliação do Desenvolvimento Emocional

O Pedro é uma criança que se enquadra no perfil depressivo. Tanto oralmente, nas consultas de psicologia, como no questionário CDI, manifesta sinais que indicam que não está contente com a vida que tem, principalmente a nível escolar. Ele refere que necessita de grande esforço para fazer os trabalhos de casa, daí não gostar de os fazer e raramente os entregar completamente realizados à escola, não se diverte na escola com os colegas, preferindo isolar-se e procurar companhia adulta nos intervalos (auxiliar de educação),

referindo ainda que agora tem dificuldades em disciplinas que antes eram consideradas fáceis. Refere também que não gosta de estar com as outras pessoas, não gosta de algumas coisas no seu aspeto físico, tem dias em que não lhe apetece comer e sente-se sozinho. Os resultados do questionário LSFC (Escala de Isolamento para Crianças) e da Escala de Auto Estima de Susan Harter vão de encontro ao que o Pedro foi referindo ao longo das consultas, ou seja, sente-se rejeitado, posto de parte pelos seus colegas na escola.

O Pedro é uma criança com muita rigidez de comportamento, não reage bem a mudanças da rotina. Não gosta quando há alterações nos planos familiares do fim-de-semana, por exemplo, se há um jantar para o qual a mãe foi convidada e ele tem que ir, reage mal, dizendo que não quer ir e faz birra quando a mãe insiste que requer a sua presença. Qualquer alteração na sua rotina é um drama, pois não percebe o porquê de naquele dia as atividades terem de ser realizadas de forma diferente.

É uma criança com comportamentos obsessivos e compulsivos e interesses muito específicos. Só gosta de jogar computador e *PlayStation* e os assuntos/tópicos de conversa que adora abordar estão sempre relacionados com videojogos ou carros. O Pedro tem complexos de limpeza, estando sempre a lavar as mãos e preocupado se está sujo. Não pega nos objetos diretamente com as mãos, recorrendo ao uso de outros materiais (guardanapos) para diminuir o contato. Quando questionado o porquê desses comportamentos, refere que tem medo que se suje e que nunca mais saia, ficando com aquela marca de sujidade para sempre. No entanto, é muito resistente ao banho, não tendo qualquer iniciativa própria na toma do mesmo. Depois de muita insistência por parte da mãe, a criança toma banho durante um longo período de tempo e sai da casa de banho contente e a cheirar o seu corpo “Mãe, cheiro mesmo bem, não cheiro? Oh cheira lá” (SIC).

A sua baixa autoestima está relacionada com diversos fatores. O Pedro não gosta do seu aspeto físico, gostaria de mudar algumas características físicas; não confia nas suas capacidades, dizendo sempre que não é capaz de realizar determinada ação sem tentar e acha-se inferior aos colegas da sua idade. É também de salientar a sua pouca tolerância à frustração. Dando exemplos, quando o Pedro é alvo de chacota por parte dos colegas durante a aula, ele não consegue defender-se ou ignorar, optando por sair a correr da sala de aula para o exterior. Outro caso, quando a mãe lhe retira o comando da Playstation porque ele está há muito tempo a jogar e a mãe a chamá-lo para jantar, ele faz uma birra, chorando.

#### Conclusões da Avaliação

O Pedro é uma criança com um desenvolvimento psicomotor inferior à média, no entanto, as áreas de maior investimento são as que remetem para a discriminação perceptiva e atenção.

O Pedro é uma criança com dificuldades a nível da atenção, nomeadamente na sua manutenção por longos períodos de tempo. A nível comportamental revela alguns comportamentos desajustados, nomeadamente a repetição obsessiva de certos comportamentos. Por outro lado, a criança não apresenta comportamentos agressivos para com os outros, podendo afirmar que no geral o Pedro é uma criança com bom comportamento. A nível social, demonstra dificuldade na interação social, tornando-se passivo na comunicação e no estabelecimento de amizades. Esta dificuldade é mais visível na interação com os pares, dado que com os adultos o Pedro consegue manter uma interação social adequada, embora um pouco rígida ao nível dos tópicos de conversação.

A nível emocional, o Pedro requer preocupação e intervenção neste campo de forma a aumentar a sua auto estima e a forma de como se vê a si próprio e ao outro.

O diagnóstico apresentado perante a avaliação formal realizada foi Perturbação do Espectro do Autismo de nível ligeiro associado a um estado limite do funcionamento cognitivo, Perturbação da Linguagem e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade.

### **Metas Terapêuticas**

De acordo com a avaliação psicológica realizada foi possível concluir que existiam algumas áreas em que o Pedro beneficiaria de intervenção. Na elaboração do programa de intervenção (programa de competências pessoais, sociais e emocionais) essas áreas foram tidas em consideração e desta forma as competências que foram alvo de intervenção estavam relacionadas com a interação social, comunicação, desenvolvimento emocional e comportamento.

Em seguida são apresentados os objetivos do programa de intervenção realizado por áreas.

#### **Interação Social**

- Aumentar o tempo de interação com os pares no recreio
- Adequar a postura na interação com o outro

#### **Comunicação**

- Implementar a iniciativa para a conversação
- Saber manter o tópico de conversa
- Promover a defesa das suas ideias/Autoafirmação

### Desenvolvimento Emocional

- Consciencialização dos sentimentos e emoções
- Promover expressividade emocional
- Promover autoestima e autoimagem
- Aumentar tolerância à frustração
- Diminuir rigidez de funcionamento

### Comportamento

- Diminuição dos comportamentos obsessivos e compulsivos de limpeza
- Aumentar tolerância ao barulho

### **Análise da progressão terapêutica**

O processo terapêutico do Pedro teve início no dia 13 de Novembro de 2013 e fim no dia 9 de Julho de 2014, com a entrega do relatório final de intervenção à mãe da criança. Foram realizadas, ao todo, vinte e cinco consultas.

As primeiras consultas tinham como objetivo fazer o levantamento da história clínica da criança, com a presença da mãe. A criança veio acompanhada pela sua mãe, muito tímida e com contacto ocular fugidio. Foi realizada uma entrevista semiestruturada (anamnese) à mãe que sempre se mostrou interessada e disponível para relatar e discutir qualquer tema relacionado com o desenvolvimento do filho. Durante as sessões, o Pedro só falava quando questionado, apresentando uma lentidão de funcionamento. Ficava facilmente aborrecido quando o tema não era do seu agrado. No fim das sessões, foi pedido à mãe para esperar na sala de espera para que pudesse ficar sozinha com a criança. Neste período, questioneei a criança sobre os seus principais interesses e falámos um pouco sobre eles. O Pedro é ficcionado em jogos de *PlayStation* e canais do *youtube* sobre

videojogos. O Pedro falou abertamente sobre este tema, entusiasmado por me estar a contar coisas que eu desconhecia até à data.

A seguinte etapa do processo terapêutico destinou-se à avaliação psicológica. Foram aplicados vários testes, nomeadamente, a Escala de Inteligência de Weschler – WISC-III, CDI (Inventário de Depressão Infantil), Escala de Autoestima de Susan Harter, Questionário LSFC (Escala de Isolamento para Crianças), Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SQD) versão pais e professores e Escala de Conners para pais e professores – forma reduzida, que foram descritos anteriormente. O desempenho do Pedro durante estas sessões era oscilante, tanto demonstrava interesse para realizar as tarefas propostas, como apatia e desinteresse pelas atividades. O Pedro, quando não se sentia à vontade para falar abertamente de determinados assuntos ou quando não estava interessado nas atividades, desviava a conversa para assuntos do seu interesse e pedia para jogarmos um jogo por ele escolhido, o “4 em linha”. Ao início, para fortalecer a empatia criada, cedia aos seus pedidos, impondo a condição que depois de falarmos um bocadinho e jogarmos uma partida do jogo, voltaríamos às atividades iniciais. Esta metodologia sempre funcionou com a criança, acabando por, também ele, ceder aos meus pedidos para se concentrar e interessar-se pelas atividades. Durante a aplicação da prova de autoestima de Susan Harter, o Pedro referiu que os colegas na escola o acusavam de ser tímido e muito protegido pelas auxiliares. E que, nessas situações, os colegas o irritavam e que só lhe apetecia sair da sala de aula. Questionei se alguma vez tinha fugido da sala de aula e se respondia aos comentários dos colegas. Ele referiu que nunca tinha saído da aula, embora tivesse vontade, e que nunca respondia aos colegas. Na consulta seguinte, quando me dirigi à sala de espera a mãe do Pedro pediu para entrar porque queria falar comigo. A mãe relatou que na passada quinta-feira (dia da sessão), umas



colegas da turma dele tinham-no provocado em plena aula e ele respondeu “vou chamar o meu pai e ele vem aqui bater-vos”, saindo a correr da sala de aula. As colegas fizeram participação ao conselho executivo. Desta forma, a mãe não tolerou que não lhe tivessem contado quando isso aconteceu, só sabendo pelo intermédio de uma auxiliar de educação que estava com o Pedro quando a mãe o foi buscar à escola, escrevendo uma carta a pedir a mudança da criança para uma turma “mais sossegada e menos problemática”. A mãe referiu que a turma atual tinha muitas crianças com necessidades educativas especiais, que eram muito barulhentas e mal-educadas. O Pedro, enquanto a mãe me contava a situação, mostrou-se visivelmente irritado com o assunto, começando com calor e a transpirar, pedindo imensas vezes água para se acalmar. O Pedro conseguiu acalmar-se e a mãe saiu do gabinete. Começámos por fazer o jogo para que ele não estivesse mais preocupado com toda a situação que ocorreu, dando-lhe conselhos de como reagir nessas situações. Ele ainda se mostrava bastante ansioso, pelo que preferiu não falar sobre o assunto. Mudou imediatamente de assunto, tentando falar apenas sobre o jogo que estávamos a fazer. Numa outra sessão, deu-se início à aplicação da Escala de Inteligência de Weschler – WISC III. O Pedro não estava sob o efeito de metilfenidato. Embora com um curto período de atenção, a criança colaborou na realização das tarefas. Quando já estava a ficar cansado e visivelmente mais desatento, referiu que não gostava de ficar mais de 40 minutos fora de casa porque começava a ficar preocupado. Tentei questioná-lo o porquê e sobre o que ficava preocupado mas ele não conseguiu expressar/explicar o motivo. Na primeira sessão de 2014, O Pedro já tinha mudado de turma. A sua antiga turma tinha 16 alunos e a atual tinha 32. No primeiro dia na nova turma começou a chorar de manhã porque pensava que ia mudar de escola e não só de turma. No entanto, gosta muito mais desta turma do que da anterior, “nesta não ligaram a eu ser especial”. No

primeiro intervalo, os colegas apresentaram-se um a um ao Pedro, de forma a facilitar a integração na turma. O Pedro está sentado ao lado de um colega que o incentiva a fazer os trabalhos propostos pelos professores durante as aulas. Ele diz que gostou de dois colegas de nacionalidade brasileira porque eles são muito divertidos e gosta do seu sotaque. Contudo, quando questionado, confessa que continua a passar os intervalos junto da auxiliar de ação educativa porque “brinquei tanto antes mas começou-me a dar arrepios e não quis mais, prefiro ficar sozinho”.

Na consulta do dia 23 de Janeiro, a Pedro chegou ao gabinete a chorar porque pensava que era o avô a trazê-lo da escola e foi a mãe e a irmã. O Pedro estava também extremamente irritado porque a mãe ameaçou que lhe ia desmontar a *Playstation*. Referiu que estava muito enervado e que só tinha vontade de partir a casa, afirmando, por fim, “quem me dera ter outra mãe”. Foi explicado ao Pedro o porquê da mãe ter aquele comportamento e que só o estava a fazer para o bem dele. Entretanto, começámos a jogar “4 em linha” para ele se acalmar. Falámos da nova turma dele e ele continua a referir que já perdeu a vontade de brincar com eles. Posto de parte todo o *stress* inicial, apliquei o Questionário de Isolamento Social. A meio da aplicação do inquérito, o Pedro começa a falar do seu pai. Disse que tinha saudades e que só estava com ele nas férias. Falou durante imenso tempo sobre o carro que o pai tinha mas que entretanto vendeu. Vai dando desculpas pelo pai para o fato de não estarem juntos: “ele trabalha muito”, “ele está nos bombeiros ao fim de semana até tarde”. No fim da consulta perguntei à mãe qual era a relação do Pedro com o pai. A mãe admitiu que é quase inexistente, o pai não mostra interesse pelo desenvolvimento do filho. “O Pedro tem lá em casa a prenda do dia do pai de há dois anos. Ele não quer saber, não vem buscar o filho para saírem”.

Na tentativa de elaborar uma intervenção em vários contextos, pedi à mãe que elaborasse uma lista de comportamentos que gostava que fossem alterados durante a intervenção e em casa. Expliquei-lhe o propósito e ela aceitou sem hesitações. Pedi também que preenchesse o questionário SDQ e que entregasse à professora o mesmo questionário e Conners, ambos versão professores. Na semana seguinte, entregou-me a lista de comportamentos que gostava que o Pedro fosse capaz de modificar, nomeadamente, ter iniciativa própria para tomar banho, arrumar a sua roupa, quando chamado para almoçar/jantar responder logo, não adiar a alimentação e dormir cedo. Elaborei uma tabela (ABC) com os comportamentos que a mãe indicou e com regras. Desta forma, dependendo da atitude dele todos os dias em relação aos comportamentos da tabela, obteria uma pontuação. Se, no final da semana, ele tivesse obtido uma boa pontuação, teria direito a pedir alguma coisa à mãe: uma ida ao parque, uma ida ao cinema, uma ida ao principal restaurante dele, entre outros. A mãe trouxe também os inquéritos preenchidos pela professora de apoio educativo do Pedro.

As sessões destinadas à avaliação chegaram ao fim, obtiveram-se todos os resultados (descritos anteriormente) e foi elaborado um relatório para entregar à mãe da criança, assim como, um plano da intervenção psicológica com todos os objetivos estipulados.

No momento em que começámos as sessões do programa de promoção de competências pessoais e sociais, o Pedro já tinha melhorado um pouquinho a sua interação, mostrando alguma iniciativa na interação para comigo. As sessões decorreram, um pouco, como as da avaliação. O Pedro apresenta um desempenho lento, com oscilações relativamente ao seu interesse, atenção e empenho nas atividades. Nestas sessões foram aplicadas atividades, recorrendo ao uso de manuais existentes para a

temática, a fim de alcançar os objetivos propostos. Em meados de Fevereiro, a mãe referiu que tinha tido uma reunião com as professoras do Pedro e que estas queriam retirar o seu Programa Educativo Individual (PEI) para que ela beneficiasse de um Currículo Educativo Individualizado (CEI). Esta opção era baseada nas suas crenças de que o desempenho escolar do Pedro estaria a regredir, que não sabiam lidar com a problemática dele e que também não sabia como fazê-lo interessar-se pelas atividades da sala de aula. A mãe apresentava-se visivelmente irritada com a situação, não aceitando a opinião da escola.

Como a mãe referiu variadas vezes que o Pedro estava constantemente a lavar as mãos e que tinha complexos de limpeza, resolvi realizar uma atividade para trabalhar essa questão. Levei espuma de barbear para a sessão, espalhei por cima da secretária e pedi à criança que tocasse lá com as mãos e fizesse desenhos. Inicialmente, mostrou-se bastante relutante, mas com o decorrer da sessão e com o encorajamento e exemplo, atingiu o objetivo da sessão. Conseguiu mexer no material sem estar constantemente preocupado com o fato das mãos estarem sujas e, no fim, quando terminei a sessão e limpava a mesa, ele continuava a divertir-se com a espuma entre os dedos. Segundo ele, foi a melhor sessão que tivemos em toda a intervenção.

Em meados de Março, o Pedro começou a ter apoio em Terapia da Fala na clínica Logicamentes. As consultas foram decorrendo normalmente, com a oscilação de desempenho, mas com comportamentos a serem alterados positivamente. No fim de Abril, olhando para toda a evolução que o Pedro tinha conseguido na realização das tarefas propostas pela mãe na tabela de comportamentos ABC, decidi que seria uma boa altura para adicionar mais comportamentos à lista. Em reunião com a mãe e com a criança, elogiei-o pelo seu bom comportamento e expliquei que iríamos adicionar algumas tarefas.

A mãe considerou que ele devia ganhar um pouco mais de autonomia e ajudar em pequenas tarefas domésticas. Desta forma, acrescentámos à lista duas tarefas: lavar a loiça do pequeno-almoço e pôr a mesa. O Pedro, durante toda a sessão, mostrou claramente que não estava interessado e não queria que abordássemos esse assunto. Assim que foram decididos os comportamentos a adicionar à tabela, o Pedro perdeu o seu autocontrolo, começou a chorar e a dizer “não gosto de tarefas, odeio fazer tarefas, não quero fazer nada disso que vocês estão para aí a dizer”. Foi pedido à mãe que saísse da consulta e, com calma, expliquei ao Pedro que ele não precisava de estar assim, que, mais uma vez, aquilo era só para o bem dele, não o queríamos aborrecer e dei-lhe o mérito por ter conseguido realizar todos os outros comportamentos, semana após semana, com sucesso. Saiu nitidamente mais calmo da sessão, mas não completamente convencido que iria realizar aquelas tarefas.

Durante a intervenção, ele ia contando peripécias do seu dia-a-dia, o relacionamento que tinha com a mãe, com a irmã e com os avós maternos. Numa das consultas, trouxe o seu telemóvel e esteve a mostrar-me vídeos da sua irmã quando era mais pequenina. Perguntei-lhe se costumava brincar com ela ao que ela respondeu “eu gostava tanto dela quando ela era pequena. Agora ela chateia-me muito, faz muito barulho e desarruma tudo, prefiro brincar sozinho”.

Foram dadas estratégias à mãe e à própria criança para que a sua integração na escola fosse melhorando. O Pedro referia que não entrava nem saía das aulas ao mesmo tempo que os colegas porque considerava muita confusão e barulho. A mãe também referia que uma ida ao shopping com o Pedro era difícil porque ele via muita gente nas lojas e estava constantemente a pedir para irem embora. Desta forma, perguntei-lhe se ele gostava de ouvir música com headphones. Ele respondeu que ouvi, algumas vezes, no

mp3 da mãe. Sendo assim, pedi à mãe que lhe desse autorização para levar o mp3 para a escola para que, no momento em que tem que entrar e sair da aula, estivesse a ouvir música, de forma, a entrar e sair com os colegas. O mp3 também seria um elemento que poderia ajudar o Pedro a estabelecer mais interação com os colegas. A mesma técnica poderia ser aplicada nas idas ao *shopping*.

Coincidindo com o final de intervenção e final de ano letivo, tornou-se pertinente agendar uma reunião com as professoras responsáveis pelo Pedro. Esta questão será abordada no próximo tópico deste trabalho.

Foi realizada uma reavaliação, ou seja, reaplicação de todos os testes realizados anteriormente, à exceção da Escala de Inteligência de Weschler. Os resultados foram integrados num relatório final que foi entregue à mãe.

## **Conclusões**

De acordo com a avaliação psicológica realizada no início do acompanhamento psicológico, concluiu-se que existiam algumas áreas em que o Pedro beneficiaria de intervenção. Na elaboração do programa de intervenção essas áreas foram tidas em consideração e desta forma as competências que foram intervencionadas estão relacionadas com a interação social, comunicação, desenvolvimento emocional e comportamento.

Foi realizada uma reavaliação recorrendo ao uso de testes pré-utilizados: Questionário LSFC – Escala de Isolamento para Crianças, Escala de Autoestima de Susan Harter, Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) versão autopreenchimento e para pais e Inventário de Depressão Infantil (CDI). Desta forma, é possível avaliar com maior precisão a eficácia do programa aplicado nos objetivos estipulados.

No fim da reavaliação foi notória um aumento da consciencialização do Pedro para determinadas temáticas. Embora alguns objetivos não tenham sido atingidos, o Pedro consegue perceber a importância que determinados aspetos tinham na sua vida, mas não os consegue transpor para a vida real. Em seguida, são apresentados os resultados finais que a criança obteve por áreas.

A área da interação social continua a ser a mais afetada na problemática do Pedro. Ele, no entanto, já percebe a importância dos amigos, afirmando que gostava de ter mais amigos dos que tem (CDI). Relativamente ao fato de interagir com os pares no recreio, foram dadas estratégias durante toda a intervenção, mas o Pedro não as conseguiu pôr em prática ficando preferencialmente junto das auxiliares. Segundo informações da escola, irá existir um esforço da parte da escola para evitar que o Pedro passe os intervalos com a auxiliar de educação para que possa interagir mais com os pares. Irá também passar a almoçar com os colegas de turma no refeitório da escola.

Relativamente ao segundo objetivo proposto, o da comunicação social, o Pedro, durante as consultas de Psicologia, já vai sendo capaz de ter iniciativa própria na comunicação e sabe manter o tópico de conversa, mesmo quando o tema não se restringe aos seus interesses específicos, tais como, jogos de *playstation* e vídeos de *youtubers*. Melhorou a sua capacidade de “saber ouvir”, de forma a tentar perceber a opinião dos outros sem que antes desista da conversação.

Relativamente à promoção de autodefesa e autoafirmação, o Pedro também teve dificuldade em melhorar, apesar de já tentar explicar o seu ponto de vista, não é bem-sucedido e que leva a que os colegas não percebam o que ele quer.

O objetivo relacionado com o desenvolvimento emocional foi o que obteve melhores resultados. Segundo resultados do CID e do que foi observado ao longo da intervenção, o Pedro já não apresenta sintomas depressivos relevantes, sendo que os itens que mantém como preocupação se restringem ao ter que se esforçar muito para fazer os trabalhos da escola e de se sentir sozinho. A sua autoestima também melhorou, referindo que “gosto do meu aspeto, gosto de como sou, sou especial” (SIC). Dentro das competências avaliadas pela escala de autoestima de Susan Harter (comportamento, aparência física, competência académica, aceitação social, competência atlética e autoestima geral), o Pedro obteve valores correspondentes a boa perceção das suas competências. A única área em que o Pedro apresenta baixa perceção das suas competências é ao nível escolar. A sua tolerância à frustração é passível de aumento quando as situações não estão relacionadas com a proibição/redução dos seus interesses específicos. Nessas situações, o Pedro ainda não se consegue controlar e demonstra muita frustração. E, por fim, relativamente à sua rigidez de funcionamento, a criança continua a mostra-se relutante quando há mudanças na sua rotina.

O último objetivo estipulado estava relacionado com o comportamento, nomeadamente com a diminuição dos comportamentos obsessivos e compulsivos de limpeza e com o aumento da tolerância ao barulho. Durante as sessões, foram realizadas tarefas em que a criança tinha que se sujar e mexer em materiais, tarefas essas que tiveram sucesso. A criança mostrou-se relutante ao início, mas com o decorrer da sessão e com o encorajamento e exemplo, atingiu o objetivo da sessão. Relativamente ao aumento da tolerância ao barulho, foram dadas estratégias para adotar na escola e em locais públicos. Essas estratégias não foram utilizadas, pelo que deveriam ser experimentadas para que o Pedro consiga superar mais uma etapa com sucesso.



Durante a intervenção foi também pedido à mãe da criança que apontasse alguns comportamentos numa tabela que queria que fossem trabalhados durante a intervenção e em casa. Inicialmente os comportamentos referenciam-se ao fato do Pedro não querer tomar banho, arrumar a sua roupa, quando chamado para almoçar/jantar responder logo, não adiar a alimentação e dormir cedo. Estes comportamentos foram alterados com sucesso e dessa forma, acrescentaram-se outros comportamentos à tabela que iam de encontro a ajudar em algumas tarefas domésticas, tais como, ajudar a pôr/levantar a mesa e ajudar a lavar/secar a loiça. O Pedro teve poucas oportunidades para por em prática esta mudança de comportamentos, pelo que aconselhamos a continuidade da aplicação desta estratégia de controlo comportamental.

No final do acompanhamento e ano letivo foi realizada uma reunião na escola com a diretora de turma, com a professora de apoio educativo especializado e com a coordenadora do apoio educativo especializado. Os tópicos abordados estiveram relacionados com o seu desempenho escolar, nomeadamente o seu comportamento e aprendizagens na sala de aula e o seu comportamento durante os intervalos. A professora responsável pela turma e a professora de apoio referiram que o Pedro é uma criança que precisa de muito acompanhamento e insistência para realizar as tarefas, não tendo iniciativa na realização das mesmas. A professora responsável afirma que o Pedro adormecia durante as aulas e que não conseguia fazer com que ele se interessasse. Tentou-se perceber se o adormecer era uma forma de isolamento ou se era efeito da medicação.

Também em contexto escolar se verifica que as áreas da interação e comunicação social são as mais afetadas do quadro clínico do Pedro. O Pedro não interage com os colegas, sendo o último a entrar e a sair da sala de aula devido ao barulho e confusão que se geram e, conseqüentemente, passa todos os intervalos junto de uma auxiliar de

educação, inclusive a hora de almoço. Foram dadas estratégias para combater este isolamento para com os pares. Pediu-se autorização para o Pedro entrar e sair da sala de aula com o seu *mp3/ipod* ligado para que se conseguisse abstrair do barulho e da confusão. Considerou-se também que ele pudesse sair da última aula antes do almoço um pouco mais cedo para evitar, mais uma vez, o barulho e confusão e conseguisse almoçar no refeitório com os seus pares, que entretanto chegavam. Desta forma, evitava-se que o Pedro almoçasse e passasse todo o intervalo com a auxiliar, interagindo com os pares. Por último, as professoras referiram que ele ia ficar retido no 5º ano porque não tinha conseguido acompanhar o currículo escolar, mantendo no próximo ano o Programa Educativo Individualizado (PEI).

Chegado ao fim desta intervenção de 25 sessões, são notórias algumas melhorias significativas na área do desenvolvimento emocional e do comportamento. No entanto, é imprescindível que o trabalho continue a ser feito em casa pela mãe, impondo algumas regras, seguindo as estratégias que foram dadas durante a intervenção e estimulando-o e encorajando-o a fazer novos amigos, para que a sua interação social e comunicação se consigam desenvolver positivamente. A nível escolar aconselha-se a implementação das estratégias discutidas na reunião realizada na escola. Seria pertinente que o Pedro continuasse a beneficiar de apoio em Psicologia e que integrasse uma atividade extracurricular do seu gosto para desenvolver as suas capacidades e competências

## **Discussão**

O Pedro é uma criança que tem sido acompanhada no Hospital de Santa Maria na Unidade de Neurodesenvolvimento há muitos anos, desta forma, quando eu comecei a intervenção, ele já tinha um diagnóstico estipulado pelos técnicos da equipa.

O Pedro apresenta diagnóstico de Perturbação de Espectro do Autismo associado a um estado limite do funcionamento cognitivo, Perturbação da Linguagem e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. De acordo com os critérios estipulados pelo DSM 5 (APA, 2013), o Pedro apresenta défices persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos, apresenta padrões repetitivos e restritos de interesses e atividades, nomeadamente em relação às mudanças de rotina, é excessivamente circunscrito aos seus interesses (videojogos) e apresenta hiper-reatividade a estímulos sensoriais. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social e ocupacional e estes distúrbios não são melhor explicados por deficiência mental ou atraso no desenvolvimento motor. Tal como Martins (2012) refere, as Perturbações do Espectro do Autismo apresentam uma grande variedade de Perturbações do Neurodesenvolvimento como comorbilidade. O Pedro apresenta como comorbilidade o estado limite do funcionamento cognitivo (verificado pelos resultados obtidos na WISC-III), Perturbação da Linguagem e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade.

As principais áreas que foram alvo de intervenção com o Pedro foram a comunicação, a socialização e o comportamento, áreas essas que são identificadas por Costa (2012), Ferreira (2011), Martins (2012) e Vasconcelos (2011) como sendo as principais áreas que distinguem os indivíduos com PEA de todos os outros.

O programa de promoção de competências pessoais e sociais tem objetivos muito específicos, permitindo observar efeitos significativamente positivos na habilidade de *coping*, resolução de problemas, autoconceito, inteligência emocional, comportamentos pró-sociais, diminuição de comportamentos de risco e agressividade, capacidade de nomear emoções e aceitação pelos pares (Matos, 2005 cit. in Afonso, 2011). Sendo estes os aspetos a trabalhar em intervenção com o Pedro, justifica-se a pertinência de usar esta metodologia.



## Caso Clínico II

### Identificação

Nome: Ana

Data de Nascimento: 18-05-2010

Idade: 4 anos

Nível Escolaridade: Pré-escolar

### História Clínica

Ana, criança de 4 anos, vive atualmente com os pais e com o irmão em Lisboa. Filha de pais casados, a mãe, 31 anos é Psicóloga e o pai, 30 anos, é designer gráfico. O irmão tem 5 anos.

O primeiro sinal de alerta foi dado pela mãe quando notou um atraso na fala comparativamente às crianças da mesma idade. Procurou apoio especializado em Terapia da Fala e tem vindo a fazer terapêutica há 1 ano. Posteriormente, e sendo a principal preocupação atual, a Ana apresenta comportamentos de oposição, pouca tolerância à frustração, é muito reguila, não gosta de autoridade e quando é contrariada passa imediatamente para a agressão.

Relativamente a antecedentes pessoais e familiares, é de salientar que foi uma gravidez de risco pois a gravidez foi muito próxima da gravidez do irmão, cujo parto tinha sido por cesariana. O irmão, o pai e a família paterna apresentam problemas relacionados com questões da fala. A mãe de Ana refere que quando era mais nova também não lidava bem com a autoridade, mas nunca foi agressiva. A mãe foi acompanhada psicologicamente, referindo como motivo depressão. A mãe refere que os últimos dois meses de gravidez ficou em casa, sentia-se esgotada e cansada. Quando a Ana nasceu a

mãe afirma que não conseguiu lidar com todas as necessidades que a menina requeria, tendo passado por uma fase de rejeição, não criando uma vinculação forte, como é desejado. A mãe culpa-se um pouco pelos comportamentos da Ana atualmente, confirmando que é mais benevolente no cumprimento das regras, para de certa forma, compensar o sucedido.

A gravidez da Ana, como referido anteriormente, foi de risco, não foi um bebé planeado mas foi desejado. Nasceu com 38 semanas de gestação, de cesariana, não apresentando sinais de sofrimento fetal, com 3.280 kg e 50cm. À data do nascimento, a mãe da Ana tinha 28 anos. Em bebé, Ana foi amamentada ao peito durante 3 meses, sendo que a partir desta data, a alimentação era concedida através do biberão. Os primeiros dentes nasceram aos 7 meses, começou a sentar-se aos 8/9 meses e deixou as fraldas aos 30 meses. Os primeiros passos foram aos 12/13 meses e as primeiras palavras foram “mãe” e “pai” aos 19 meses. Relativamente à alimentação não existiram quaisquer problemas, as papas foram introduzidas aos 4/5 meses. A Ana não dormia bem, acordava de 2 em 2 horas e chorava muito.

A Ana frequenta Jardim de Infância. A sua adaptação e integração correram normalmente, sem presença de birras. É uma criança que cria empatia muito rapidamente, é extrovertida mas é muito envergonhada na presença de estranhos. Atualmente, a Ana amua muito e chateia-se quando a repreendem. Na escola bate nos meninos quando é contrariada ou quando não fazem o que ela quer. No entanto, a mãe refere que ela é muito amável, brinca com todos, ajuda sempre que for preciso e preocupa-se com os outros.

A relação com os familiares é boa, por vocês choca com o pai pois ele é muito autoritário, mas têm uma vinculação forte. Em relação ao irmão, adora brincar com ele

mas “têm uma relação amor-ódio” (SIC), tendo, por vezes, comportamentos agressivos. Em relação às tarefas domésticas, adora ajudar a mãe. Quando a Ana tem comportamentos desajustadas é repreendida e fica de castigo. Faz muitas birras curtas, mas amua durante longos períodos de tempo. A mãe refere que não há um dia em que ela não fique de castigo. Ela adora testar as regras (SIC) que os pais definem, mas a mãe confessa que é mais flexível do que pai no cumprimento das mesmas.

Os pais ajudam a Ana na execução da higiene pessoal, mas ela gosta de brincar com o irmão no banho. Alimenta-se bem e come sozinha, os pais ajudam-na a vestir. A Ana vai à casa de banho sozinha, mas prefere fazer cocó na fralda. Durante a noite ainda recorre ao uso da fralda. Dorme no mesmo quarto do irmão, embora cada um tenha a sua cama. Dormem de luz apagada e sem objetos na cama. Relativamente a medos é de salientar o medo a cães.

### **Resultados e interpretação da avaliação psicológica**

Nesta avaliação do Comportamento foram aplicados os seguintes testes: Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SQD) versão pais e versão professores. Foi também requerido um relatório descritivo à escola e o preenchimento de Tabelas de Comportamento à mãe.

Não foi realizada avaliação formal porque a criança tinha uma realizada na consulta de Psicologia da Unidade de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria, datada de Agosto de 2013. Durante essa avaliação a Ana demonstrou ligeiras alterações a nível comportamental, nomeadamente dificuldade em seguir regras, recusas e agitação. Revelou alguma ansiedade em situações em que não sabia a resposta, optando por comportamentos de recusa. Concluiu-se que é uma criança com um desenvolvimento



psicomotor dentro do esperado para a sua idade, exceto na área verbal onde revela alterações sobretudo na componente expressiva e articulatória. O diagnóstico atribuído foi de Perturbação da Linguagem.

A mãe da Ana e a escola referem os mesmos comportamentos como preocupantes no seu desenvolvimento, relacionados com a hiperatividade, comportamento e relacionamento com os colegas (SDQ). A criança é muito irrequieta, muito mexida, enerva-se facilmente e faz constantemente birras, não obedece com facilidade ao que os adultos lhe mandam fazer e luta, frequentemente, com outras crianças, ameaçando-as ou intimidam-no-las.

A escola refere ainda que a Ana apresenta alguns comportamentos pró-sociais desadequados, tais como, não gostar de ajudar alguém que está magoado ou doente, não ter pelo menos um(a) bom(a) amigo(a) e não ser simpática e amável com as outras crianças. A nível da interação social faz referência novamente ao facto da Ana lutar frequentemente com as crianças (bater e morder) e afirma que se dá melhor com os adultos do que com as crianças. A nível da atenção, a escola indica que é uma criança que não acaba o que começa, não tendo uma boa atenção.

Para compreender as principais preocupações e comportamentos a alterar ao longo da intervenção, foi pedido à mãe que preenchesse uma tabela de comportamentos. Os comportamentos indicados estão relacionados com o fato da Ana bater nos colegas e no irmão, cumprir ordens diretas e quando contrariada não partir para a agressão nem fazer birras.

## Conclusões da Avaliação

A Ana é uma criança com um desenvolvimento psicomotor dentro do esperado para a sua idade, com dissociação negativa na área da linguagem, área que já está a ser alvo de intervenção. Nos últimos tempos tem apresentado comportamentos desajustados com os colegas e com os adultos, não respeitando ordens diretas. A nível da atenção tem-se notado que tem alguma dificuldade na sua manutenção, sendo aspeto a tomar em conta durante a intervenção.

## Metas Terapêuticas

De acordo com a avaliação psicológica realizada pode-se concluir que existem algumas áreas em que a Ana beneficiaria de intervenção. Na elaboração do programa de intervenção essas áreas foram tidas em consideração e desta forma as competências a intervir estão relacionadas com o comportamento, interação social e desenvolvimento emocional.

Em seguida são apresentados os objetivos do programa de intervenção realizado por áreas:

### Interação Social

- Adequar a postura na interação com o outro

### Comportamento

- Aumentar a tolerância para seguir ordens diretas e partilha
- Diminuir comportamentos agressivos
- Aumentar capacidade de autocontrolo

### Desenvolvimento emocional

- Aumentar tolerância à frustração
- Diminuir ansiedade de separação
- Diminuir rigidez de funcionamento
- Diminuir timidez na interação social

### **Análise da Progressão Terapêutica**

O processo terapêutico da Ana teve início no dia 27 de Novembro de 2013 e fim no dia 11 de Julho de 2014, com a entrega do relatório final de intervenção à mãe da criança. Foram realizadas, ao todo, dezanove consultas.

A primeira consulta tinha como objetivo fazer o levantamento da história clínica da criança, com a presença da mãe. A criança veio acompanhada pela sua mãe, muito tímida. Foi realizada uma entrevista semiestruturada (anamnese) à mãe que se mostrou interessada e disponível para relatar e discutir qualquer tema relacionado com o desenvolvimento da sua filha.

Nas primeiras consultas, a Ana nunca demonstrou comportamentos agressivos mas apresenta alguns traços de personalidade vincados. É uma criança que gosta de dominar todas as tarefas, escolhendo e ordenando o que joga, quando joga e quem joga. Em jogos de cartas (dominó, por exemplo) é ela quem distribui as cartas e quem ordena quem é o primeiro a jogar. Quando percebe que está a perder pretende logo mudar de jogo, dizendo que não quer jogar mais. É pouco resistente à frustração, pois quando insisto para acabar o jogo ou iniciar aquele de qual ela menos gosta, fica chateada e amuada. É também de referir que a criança sofre muito de ansiedade de separação. Todas as vezes que a terapeuta a chama na sala de espera, a criança pede sempre que a mãe a acompanhe para dentro do gabinete. Consegue-se dar a volta à situação dizendo que se vai jogar muito

e que a mãe, no fim, vai ter connosco. Mesmo assim, em sessão, a criança pede muitas vezes para ir ter com a mãe para ir embora ou simplesmente para mostrar algo que realizou. É também notória uma timidez excessiva numa interação inicial.

Ao longo da intervenção, o comportamento da Ana foi-se alterando. A Ana já era capaz de respeitar as regras e acatar ordens diretas. No entanto, gostava de assumir a posição de líder em todas as brincadeiras. Uma das atividades, envolvia uma casa, mobiliário e personagens. A Ana é que dispunha o mobiliário pela casa e definia quem iria interpretar as personagens, sendo que ela assumia-se sempre como a mãe. Num dia em que fizemos esta atividade, a Ana estava descontrolada, assumia todas as personagens e falava muito alto para, de alguma forma, impor respeito. Para não permitir que a situação evoluísse, emiti “Ana, não quero brincar mais a isto. Vamos fazer outro jogo?”, ao qual ela respondeu “se tu não queres brincar não faz mal, eu brinco sozinha”. Neste momento expliquei-lhe que não queria que ela brincasse sozinha, que queria muito brincar com ela mas já não gostava daquele jogo e queria fazer outro. Depois de alguma insistência, ela cedeu e começou a arrumar os brinquedos para escolhermos outro jogo. Esta situação ocorreu várias vezes num momento inicial da intervenção.

À medida que a intervenção avançava, a criança mostrou-se mais tolerante às mudanças de atividades e à frustração. Em certos momentos da sessão, contrariava a criança para analisar a sua reação e ajudá-la a superar. Ao início, mostrava-se relutante e fazia birra, mas posteriormente, acatava as ordens e partilhava as suas brincadeiras e jogos.

Para compreender as principais preocupações e comportamentos a alterar ao longo da intervenção, foi pedido à mãe que preenchesse uma tabela de comportamentos. Os

comportamentos indicados estavam relacionados com o fato da Ana bater nos colegas e no irmão, cumprir ordens diretas e quando contrariada não partir para a agressão nem fazer birras. Após estes comportamentos terem sido alterados positivamente, surgiu a necessidade de realizar o mesmo trabalho, mas com o pai da criança. Foi referido que a relação entre os dois não estava satisfatória porque o pai não tinha paciência para as birras da criança, já não faziam programas juntos, o que influenciava negativamente a relação entre eles.

Desta forma, as três últimas sessões da intervenção realizaram-se com o pai e com a criança. A metodologia usada foi a que tinha sido usada também com a mãe. O pai indicou comportamentos que gostava que fossem alterados: não fazer chichi na cama, obedecer às ordens dos pais, não bater no irmão, não chorar ou fazer birras e pedir “se faz favor” e dizer “obrigado”. Foram dadas estratégias ao pai para conseguir “lidar” com as birras da criança.

A última sessão da intervenção culminou com a entrega do relatório final de intervenção à mãe da criança.

### **Conclusões**

De acordo com a avaliação psicológica realizada foi possível concluir que existiam algumas áreas em que a Ana beneficiaria de intervenção. Na elaboração do programa de intervenção essas áreas foram tidas em consideração e desta forma as competências que foram alvo de intervenção estavam relacionadas com o comportamento, interação social e desenvolvimento emocional.

Na área do comportamento existiam alguns aspetos a alterar, entre os quais, aumentar a tolerância para seguir ordens diretas e partilha, diminuição dos

comportamentos agressivos e aumentar a capacidade de autocontrole. Foram verificadas melhorias, estando a Ana mais tolerante para seguir ordens diretas. Por vezes, ainda faz algumas birras quando as situações não decorrem como ela espera. Relativamente aos comportamentos agressivos, a Ana diminuiu significativamente a sua frequência. Segundo informações da escola, a criança já não é agressiva para com os pares, estando bem integrada. A sua capacidade de autocontrole, desta forma, também melhorou.

A Ana fez uma boa evolução no que diz respeito à interação com outro, respeitando regras e ordens diretas e sendo capaz agora de partilhar o jogo e brincadeiras com o outro. Tem mais tolerância para com os interesses dos outros, aceitando-os na brincadeira. No entanto, ainda são visíveis comportamentos de controlo e poder, adotando uma postura de líder, querendo controlar sempre o jogo.

A área do desenvolvimento emocional tinha quatro objetivos subjacentes: aumentar a tolerância à frustração, diminuir a ansiedade de separação, diminuir a rigidez de funcionamento e a timidez na interação social. Relativamente à tolerância à frustração, a Ana fez alguns progressos positivos. Consegue ouvir um “não” sem fazer uma birra, aceita as propostas do outro e revela maior capacidade de espera. Ao longo do tempo de intervenção, a criança diminuiu significativamente a ansiedade de separação. No início da intervenção queria sempre que alguém a acompanhasse para o gabinete, sendo que posteriormente já não o fazia. A diminuição da rigidez do funcionamento foi também conseguida, não necessitando de controlar tanto o jogo e as atividades da sessão e aceitou melhor a propostas de mudanças. A Ana continua uma criança muito tímida na interação social com pessoas que não conhece. Este aspeto foi notório quando a orientadora de estágio assistia à sessão. A Ana retraía-se muito e falava pouco.

Foi realizado um trabalho com os pais a nível da promoção das competências parentais e relacionais com a sua filha. Foi pedido à mãe que elaborasse uma lista de comportamentos que considerava que deviam ser alvo de intervenção na sessão e em casa. A mãe listou comportamentos, tais como, não bater/empurrar os colegas da escola e o irmão, respeitar a figura autoritária e quando contrariada aceitar e não fazer birras ou ter comportamentos agressivos. Fomos acompanhando as evoluções semanalmente, oferecendo estratégias para conseguir controlar os comportamentos da Ana. Desta forma, verificaram-se melhorias significativas nos comportamentos mencionados pela mãe durante a intervenção.

Posteriormente, realizou-se também um programa de competências parentais e relacionais com o pai nas últimas sessões com procedimentos idênticos ao programa realizado com a mãe. Desta forma, foi dada uma explicação do programa que iria ser aplicado com o pai e com a Ana e, desta forma, foi pedido ao pai que elaborasse a lista de comportamentos desajustados da criança. O pai mencionou cinco comportamentos: não fazer chichi na cama, obedecer às ordens dos pais, não bater no irmão, não chorar ou fazer birras e pedir “se faz favor” e dizer “obrigado”. Foram, igualmente, dadas estratégias ao pai para controlar as atitudes da criança. O programa de competências relacionais com o pai teve apenas 3 sessões. No entanto, na última sessão o pai tinha a perceção que o comportamento da Ana estava a melhorar.

Chegado ao fim desta intervenção de dezanove sessões, são notórias melhorias em todas as áreas trabalhadas. No entanto, é imprescindível que o trabalho continue a ser feito em casa pelos pais, impondo algumas regras e seguindo as estratégias que foram dadas durante a intervenção.

## **Discussão**

A Ana apresenta o diagnóstico de Perturbação de Desafio e Oposição, cumprindo os critérios propostos pela classificação do DSM 5 (APA, 2013). Os comportamentos desajustados tiveram início há mais de seis meses, foram desenvolvidos com os familiares e na escola e ocorrem na maioria dos dias e, como foi descrito pela mãe, todos os dias a criança ficava de castigo pelos seus comportamentos. A criança perde a calma e o temperamento muitas vezes, fica muitas vezes ressentida, desafia ou recusa-se a cumprir os pedidos de figuras de autoridade ou as regras ativamente e irrita os outros deliberadamente. A perturbação tem impacto negativo na área social e educacional da criança e os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de uma psicose, abuso de substâncias, depressão ou bipolaridade. Depois da intervenção realizada, neste momento, os sintomas são apenas confinados a um único ambiente, ambiente familiar, pelo que os comportamentos desajustados no contexto escolar foram eliminados.

Os comportamentos característicos desta perturbação envolvem discussões excessivas com os adultos, não aceitam a responsabilidade pelos seus atos, incomodam deliberadamente os outros, apresentam dificuldade em seguir regras e perdem facilmente o controlo quando as situações não decorrem da forma que eles esperam. A Ana apresenta a maioria destes comportamentos, como foi referido na descrição do caso clínico (Serra-Pinheiro, Schmitz, Mattos & Sousa, 2004).

A Perturbação de Desafio e Oposição, no caso específico da Ana, tem trajetória de início precoce, pois surge na idade pré-escolar onde emergem problemas de comportamento, tais como desobediência, gritar e bater (Frick & Viding, 2009 cit. in Homem et. al, 2013). Os autores defendem também que os problemas de comportamento



em idade pré escolar são um fator preditor do desenvolvimento posterior de uma perturbação de comportamento na adolescência ou idade adulta, o que justifica a emergência de um plano de intervenção.

Relativamente à etiologia da perturbação, a Ana apresenta alguns riscos para o desenvolvimento desta patologia, nomeadamente riscos biológicos, relacionais pais-criança e familiares e socio contextuais. Os fatores de risco biológicos estão associados ao temperamento da criança, que é indicado como temperamento difícil. Os fatores relacionais pais-criança estão relacionados com o tipo de vinculação existente entre a mãe e a criança. A própria mãe admite que rejeitou a criança quando ela nasceu, não criando a vinculação forte que desejava e que considerava importante na etapa de vida da criança. Por fim, os fatores familiares e socio contextuais estão relacionados com a patologia psiquiátrica materna, nomeadamente Perturbação do Humor Depressivo.

Relativamente ao programa de intervenção, Domitrovich e Greenberg (2010) consideram que as intervenções com múltiplos componentes são mais eficazes no tratamento. Sendo assim, os autores justificam a pertinência do programa de intervenção por mim elaborado, incluindo uma promoção de competências para os pais e intervenção direta com a criança.

Na intervenção com a criança, a metodologia usada foi a Ludoterapia que é uma técnica usada no âmbito da psicoterapia infantil e que consiste na análise e na terapia da criança realizadas através das suas atividades lúdicas, ou seja, procede-se à observação e, frequentemente, participação na elaboração de jogos e brincadeiras por parte da criança, uma vez que o jogo é considerado como um meio natural que a criança possui para expressar simbolicamente o seu mundo interno e exteriorizar (Ribeiro, 2013). O brincar

através do jogo é uma forma de estabelecer a comunicação entre o psicólogo e a criança, dado que as projeções da criança através do uso de objetos permite conhecer a sua expressão emocional, as suas angústias e as suas alegrias tendo como facilitador contra a defesa da ansiedade uma boneca ou uma dinâmica de casinha de bonecas (Laires, 2013).



## **Outras Atividades Realizadas**

### **Caso Clínico III**

Foi ainda realizada uma intervenção em grupo denominada Programa de Prevenção de Comportamentos Bullying. O grupo era constituído por três crianças, de oito anos e com diagnósticos semelhantes. O Rui e o Fernando apresentam Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e o Guilherme apresenta Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. O motivo de referenciação das três crianças foram queixas parentais relativas a comportamentos agressivos por parte dos colegas para com as crianças. Nesta perspetiva, a intervenção teve como objetivo principal a prevenção de comportamentos agressivos, o fornecimento de estratégias para lidar com os problemas que possam surgir e a promoção de autocontrolo de comportamentos. A intervenção foi constituída por dez sessões.

### **Projeto de Investigação**

O projeto de investigação teve como tema “Impacto do Diagnóstico em Neurodesenvolvimento – Expectativas Parentais”. Com este estudo pretende-se avaliar o impacto que o diagnóstico tem nas famílias (pais/cuidadores) com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento. As dinâmicas familiares avaliadas no estudo foram Sentimentos e Emoções ao saber o diagnóstico do filho; Reações e atitudes atuais; Bem-estar da criança; Interação familiar; Adaptação intrafamiliar/mudanças a nível familiar; Adaptação social/mudanças a nível social; Expectativas quanto ao futuro e Reações aos apoios/necessidades sentidas.

Foi aplicado um questionário auto administrado aos pais das crianças que frequentam a consulta de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM – CHLN, cujo diagnóstico foi recebido há pelo menos dois anos. O questionário foi

preenchido após a consulta com a psicóloga. O questionário aplicado é uma adaptação de outros pré-existentes (Costa, 2012; Gaspar & Gaspar de Matos, 2008; Mendes, 1992), composto por uma escala do tipo likert. Os itens foram selecionados de modo a que o questionário pudesse ser aplicado a várias perturbações do neurodesenvolvimento, que abordasse temas relacionados com a aceitação do diagnóstico, com necessidades passadas e presentes e com expectativas de futuro. O questionário é constituído por oito dimensões familiares.

A amostra é composta por cinquenta e uma crianças, sendo que 63% são do sexo masculino e 37% do sexo feminino. A mediana de idades, à data do preenchimento do questionário, era de nove anos. A idade mínima apresentada foi três anos e máxima dezoito anos. Os inquéritos foram, maioritariamente, preenchidos pelos cuidadores do sexo feminino (92%). A mediana de idades dos inquiridos é de trinta e nove anos, sendo que a idade mínima apresentada foi vinte e sete anos e idade máxima cinquenta e três. A maioria dos inquiridos que preencheram os questionários têm habilitações académicas ao nível do secundário. Relativamente à situação conjugal, a maioria das mães encontram-se casadas (53%) ou em união de facto (20%). Relativamente ao momento em que os pais souberam do diagnóstico, 70,59% souberam alguns anos depois e 13,73% souberam alguns meses depois do nascimento. Os pais tomaram conhecimento pelo médico (70%). Ao tomarem conhecimento do diagnóstico, 50,98% encontravam-se sozinhos e 49,2% dos pais encontravam-se acompanhados. As Perturbações do Neurodesenvolvimento mais presentes nesta amostra são: Perturbação do Espectro do Autismo e a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, com cerca de 30% de prevalência cada uma.

Os resultados obtidos neste estudo indicam que o diagnóstico de uma Perturbação do Neurodesenvolvimento constitui um momento difícil para os pais, que se traduz na

maioria das vezes por um choque psicológico (78,5%) e por sentimentos de culpa (54,9%) que requerem da parte dos profissionais de saúde um apoio especial. As dificuldades/necessidades que os pais têm quando tomam conhecimento do diagnóstico dos seus filhos, tendem a diminuir ao longo do tempo, sendo que o bem estar da criança é preservado e a adaptação da família é feita à situação concreta da criança. Adaptação Social/Mudanças ao nível social foi a categoria onde o diagnóstico teve mais impacto. Relativamente ao serviço e apoio prestado pelos profissionais de saúde, os pais demonstram um grau de satisfação elevado (72,6%). Embora o impacto do diagnóstico na família seja considerável, as famílias têm-se mantido unidas, verificando-se que a maioria dos inquiridos está casado. Em relação ao estudo de Costa (2012), o impacto do diagnóstico nos pais é moderado, o que vai de encontro à nossa investigação. Relativamente às áreas de maior preocupação, ao contrário do que o estudo apresentou (reações atuais e expectativas quanto ao futuro do filho), o nosso salienta como áreas em que foram sentidas mais dificuldades e preocupações, os sentimentos e emoções ao saber o diagnóstico e a adaptação social/mudanças ao nível social.

O projeto de investigação foi elaborado e apresentado em dois momentos distintos: em comunicação poster no “V Congresso Internacional da Criança e do Adolescente” na Universidade Lusíada de Lisboa e em comunicação oral na reunião semanal do serviço de Pediatria do HSM – CHLN denominada Journal Club. O inquérito utilizado, a comunicação poster e a comunicação oral encontram-se disponíveis em anexo.



### **Conclusão**

O estágio académico e o seu relatório aqui elaborado fazem a ligação entre o meio académico e o meio profissional, necessitando de objetivos específicos a realizar durante o período do estágio.

O estágio realizado no HSM-CHLN, durante nove meses, tinha como objetivos conhecer as etapas do desenvolvimento da criança e identificar as diferentes perturbações do neurodesenvolvimento e outras afins; aplicação de testes psicométricos, elaboração de relatórios e discussão em equipa do diagnóstico; acompanhamento de casos e aplicação de metodologias de intervenção, construção de programas de intervenção para crianças e pais e participação num projeto de investigação. Desta forma, foi possível aplicar todos os conhecimentos adquiridos nos quatro anos anteriores na prática clínica.

Para além das competências de trabalho desenvolvidas em equipa, também as competências individuais o foram, ao nível da observação, iniciativa, pesquisa dos procedimentos, análise e reflexão.

Durante o período de estágio, houve a possibilidade de intervir junto de três casos clínicos, sendo que, neste relatório, foi dado maior ênfase a apenas dois. Sendo assim, deu-se início a um processo terapêutico, tendo como base uma estrutura que integra entrevista clínica/anamnese, aplicação de provas psicológicas e início de intervenção psicológica.

Houve contacto com técnicos de uma equipa multidisciplinar o que é uma excelente oportunidade de aprendizagem para a futura profissão a desempenhar.





### **Reflexão Final**

Este relatório teve o objetivo de mostrar e relatar o contato com a vida real de um psicólogo clínico. Transformou-se numa oportunidade única de compreender o funcionamento da profissão nas suas diferentes vertentes. Pela natureza da instituição, pelo seu enquadramento, pelas possibilidades de experiência, experimentação e observação, pela multiplicidade e riqueza dos problemas existentes, o estágio foi, com toda a certeza, um enriquecedor momento de consolidação de aprendizagens e aprofundamento do estudo dos fenómenos psicológicos e psicopatológicos.

Em todas as tarefas que desempenhei, tentei dar o melhor que sabia e o melhor de mim, embora me sentisse muitas vezes inundada por sentimentos de insegurança ligado ao medo de não corresponder às expectativas dos pacientes e da orientadora de estágio.

Com a conclusão do estágio no HSM-CHLN, termina também a parte mais gratificante de todo o percurso académico pela qual ansiei os quatro anos de curso. Sem dúvida que, a realização do mesmo foi essencial para a formação em Psicologia Clínica, mas também enquanto pessoa e futura profissional da área.

Em síntese, estou em condições de afirmar que este foi um período enriquecedor, no qual adquiri novas competências, novos saberes, novas atitudes, tendo tido a importante contribuição de todos os técnicos que integravam a equipa multidisciplinar da Unidade de Neurodesenvolvimento.



### Referências Bibliográficas

- Afonso, S. (2011). *O Efeito da Frequência de um Programa de Competências Pessoais e Sociais, em Crianças Institucionalizadas* (dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Alves, P. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10, 2.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Benavente, R. (2001). Perturbação de comportamento na infância: diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise Psicológica*, 19, 2, 321-329.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica – Procura de uma identidade. *Psilogos* (Vol. 5, pp. 63-68). Lisboa: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.
- Castelo, T.; Fernandes, B. (2009, Abril). Sinais de Alarme em Desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31, 12-17.
- Costa, S. (2012). *O Impacto do Diagnóstico do Autismo nos Pais* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.
- Domitrovich, C.; Greenberg, M. (2010). Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

- Ferreira, I. (2011). *Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo – Um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- Fonseca, C. (2011). *Promover a Qualidade da Consulta de Desenvolvimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Franco, A.; Bastos, A. (2002). Um olhar sobre o programa de saúde da família: a perspetiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo de vigilância da saúde. *Psicologia em Estudo*, 7, 2, 65-72.
- Freitas, E.; Simões, M.; Martins, A. (2011). *Impacto de um Programa de Competências Pessoais e Sociais em Crianças em Risco*. Comunicação apresentada no XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia; Corunha, Espanha.
- Gaspar, T.; Gaspar de Matos, M. (2008). *Qualidade Vida em Crianças e Adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Homem, T.; Gaspar, M.; Santos, M.; Azevedo, A.; Canavarro, M. (2013). Perturbações do comportamento externalizante em idade pré-escolar o caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica*, 1, 31-48.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI: manual*. New York: Multi – Health Systems.
- Laires, S. (2013). *À Descoberta do Afeto: Intervenção Clínica com Crianças* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Lázaro, A. (2012). *Perturbações do Desenvolvimento na Criança: Perspetiva Materna do Impacto do Problema na Família e Ambiente Familiar* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, C. (2012). *Face a Face com o Autismo: Será a Inclusão um Mito ou Realidade?* (Dissertação de Mestrado). Escola Super de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.
- Mata, L.; Peixoto, F.; Morgado, J.; Silva, J.; Monteiro, V. (2012). *Atas do 12º colóquio de Psicologia e Educação: Educação, Aprendizagem e desenvolvimento – olhares contemporâneos através da investigação e da prática*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Matos, P. (2009). Perturbações do Desenvolvimento Infantil – Conceitos Gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 669-76.
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia Prático*. 4ª Edição. São Paulo: AMA.
- Melo, M.; Pereira, T. (2007). Processos de mediação na emergência do modelo ecológico-desenvolvimental em Psicologia da Educação. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 15, 2, 41-54.

Mendes, M. J. (1992). *Auto-estima materna em mães primíparas com bebé prematuro* (monografia não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Moita, V. (1983). O papel do psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil. *Análise Psicológica*, 3, 264-270.

Nogueira, G. (2010). *O psicólogo e sua preparação pessoal e profissional*. Psicologia.pt – Portal dos Psicólogos. Disponível em: [http://www.psicologia.pt/profissional/emprego/ver\\_artigo.php?id=232&grupo=1](http://www.psicologia.pt/profissional/emprego/ver_artigo.php?id=232&grupo=1). Acesso em 04/01/2014.

Oliveira, G.; Duque, F.; Duarte, C.; Melo, F.; Teles, L.; Brito, M.; Vale, M. C.; Guimarães, M. J.; Gouveia, R. (2012). Pediatria do Neurodesenvolvimento. Levantamento Nacional de Recursos e Necessidades. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 1-7.

Pardilhão, C.; Marques, M.; Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 592-599.

Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, E. (1998). *Autismo: do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda.

Portela, R. (2011). *Caracterização de uma lista de espera de crianças e adolescentes para consulta de psicologia de um centro de saúde* (dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Ribeiro, C. (2013). *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica – na perspetiva de profissionais ligados à intervenção* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, J.; Leal, I. (1996). Psicologia Clínica e da Saúde. *Análise Psicológica*, 4, 14, 589-599.
- Rodrigues, A. (2004). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Estudo de Estandardização e Propriedades Psicométricas das Formas Reduzidas das Escalas de Conners Revisadas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo* (monografia de doutoramento, não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.
- Santello, D.; Zaith, M. (2012). *Intervenção Institucional: Atendimento Psicológico no setor ambulatorial*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0681.pdf>. Acesso em 04/01/2014.
- Santos, I.; Sousa, P. (2005). *Como Intervir na Perturbação Autista*. Disponível em: [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0262](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0262).
- Serra-Pinheiro, M.; Haase, V.; Del Prette, A.; Amarante, C.; Del Prette, Z. (2006). Treino de habilidades sociais e educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 3, 407-414.
- Serra-Pinheiro, M.; Schmitz, M.; Mattos, P.; Souza, I. (2004). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 4, 273-276.
- Silva, J. (2011). *Perturbações do Espectro do Autismo: Factores Associados à Idade de Diagnóstico* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.



Silva, S. (2008). *Papel parental em perturbações do comportamento infantil* (monografia de licenciatura). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Simões, M.; Rocha, A.; Ferreira, C. (2003). *Adaptação portuguesa de WISC-III*  
*Weschler Intelligence Scale for Children Third Edition*. Lisboa, CEGOC-TEA.

Vasconcelos, M. (2011). *O Dia-a-Dia de uma Criança com Perturbação do Espectro do Autista em Contexto Escolar e Familiar – estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

# ANEXOS



*Anexo I* – Poster apresentado no V Congresso de Psicologia da Criança e do Adolescente na Universidade Lusíada de Lisboa



DIAGNÓSTICO EM NEURODESENVOLVIMENTO - EXPECTATIVAS PARENTAIS



Andreia Santos<sup>1</sup>, Joana Silva<sup>1</sup>, Cláudia Bandeira de Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Lusófona de Lisboa  
<sup>2</sup>Unidade de Neurodesenvolvimento (Coordenadora: Manuela Batista)  
 Serviço de Pediatria Médica (Directora: Celeste Barreto)  
 Departamento de Pediatria (Directora: Maria do Céu Machado)  
 Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE



INTRODUÇÃO e OBJETIVOS

O diagnóstico de uma Perturbação do Neurodesenvolvimento pode ter um grande impacto nas vidas das famílias (Dias, Pimentel e Baptista, 2008). Quando recebem o diagnóstico, os pais podem manifestar sentimentos de negação, tristeza, revolta, choque, medo, dor e ansiedade (Costa, 2012). Estes sentimentos e processos pelos quais os pais passam podem afetar diretamente a aceitação da criança e a sua integração na vida social. É também de salientar a importância do papel do profissional de saúde, pois é este que transmite o

diagnóstico da criança aos pais. O profissional deve esclarecer o quadro, ter em atenção a forma como o apresenta e oferecer suporte adequado à família (Fonseca e Canavarro, 2010). Com este estudo pretende-se avaliar o impacto que o diagnóstico tem nas famílias, a qualidade dos apoios de saúde que lhe foram prestados, as necessidades e as expectativas que estas têm em relação ao futuro dos seus filhos.

MÉTODOS

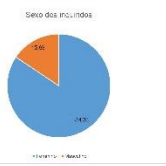
Aplicação de um questionário auto administrado aos pais das crianças que frequentam a consulta de Psicologia da Unidade de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM – CHLN, cujo diagnóstico foi recebido há pelo menos dois anos.

O questionário aplicado é uma adaptação de outros pré-existentes (Costa, 2012; Gaspar e Gaspar de Matos, 2008; Mendes, 1992), composto por uma escala do tipo likert em que as opções de resposta variam de 1 a 5, sendo que 1 indica que

os pais não apresentam dificuldades/necessidades e 5 indica que apresentam bastantes dificuldades/necessidades. Os itens foram selecionados de modo a que o questionário pudesse ser aplicado a várias perturbações do neurodesenvolvimento, que abordasse temas relacionados com a aceitação do diagnóstico, com necessidades passadas e presentes e com expectativas de futuro. Os pais foram solicitados a preencher o questionário na sala de espera da Unidade de Neurodesenvolvimento após consulta com Psicóloga.

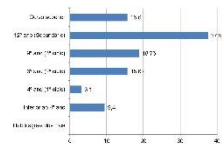
RESULTADOS

Amostra



N=32

Habilitações Literárias dos Inquiridos

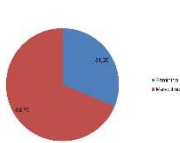


Os questionários foram preenchidos maioritariamente pelas mães das crianças. A maioria das mães tinha habilitações académicas ao nível do 12º ano.

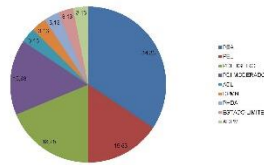


41% dos inquiridos são casados e 28% vivem em união de facto e têm mais do que um filho. Três famílias tinham mais do que um filho com Perturbação do Neurodesenvolvimento.

Sexo da criança

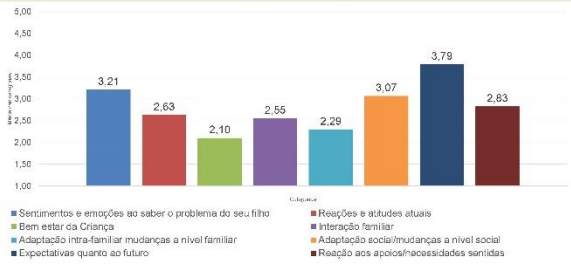


Prevalência do Diagnóstico Principal



A amostra de crianças com Perturbações do Neurodesenvolvimento é constituída por 32 crianças, sendo que a maioria são do sexo masculino, com uma média de idade de 9 anos à data do preenchimento do questionário. As patologias mais presentes nesta amostra são a Perturbação do Espectro do Autismo e a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com cerca de 34% de prevalência cada um.

Média das Categorias do Questionário



As categorias com resultados mais elevados e que remetem para a existência de maior preocupação por parte dos pais são as que estão relacionadas com as expectativas quanto ao futuro e os sentimentos e emoções ao saber do diagnóstico do seu filho.

CATEGORIA	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Sentimentos e emoções ao saber do diagnóstico do seu filho.	4.1. Quando soube o que o(a) meu/minha filho(a) tinha, tive um grande choque. Não queria acreditar que essa situação estava a acontecer comigo.	4.6. Culpei o pessoal médico pelo sucedido
	4.2. Tive muito medo. Senti que alguma coisa de grave se estava a passar.	4.9. Senti-me envergonhado(a). Não sabia o que se passava. Não sei pensar de mim.
	4.3. Fiquei muito ansioso(a) e apreensivo(a).	
Expectativas quanto ao futuro	10.2. Espero que ele(a) não fique mentalmente afetado.	10.4. Tenho consciência das suas limitações. É bom ver os progressos do dia a dia, mas não são grandes expectativas.
	10.3. Espero que aprenda a ler e a escrever.	10.6. Sinto uma grande apreensão quanto ao futuro. Enquanto eu puder trato dele(a) o/ela descançada mas não sei o que irá acontecer quando eu não puder.
	10.1. Espero que seja fisicamente autónomo(a) (fale, ande e realize as necessidades básicas).	

As categorias com os resultados mais baixos e onde se observam menos preocupações são as que estão relacionadas com o bem-estar da criança e com a adaptação intrafamiliar/mudanças a nível familiar.

CATEGORIA	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Bem-estar da criança	6.6. Outros rapazes ou raparigas gozaram ou provocaram o(a) meu/minha filho(a)?	6.4. O meu filho(a) sente-se feliz em casa?
	6.3. O meu filho(a) sente-se sob pressão (stressado/a)?	6.5. O meu filho(a) faz atividades com outros rapazes e raparigos?
Adaptação Intrafamiliar/Mudanças a nível familiar.	8.3. Adaptei o meu dia a dia em função dele(a)?	8.2. Acompanho-o(a) às consultas, tratamentos e terapias.
	8.4. Em casa "ocupar-me" todo o tempo porque requer muita atenção e cuidados.	8.5. Nunca mais trabalhei para me poder dedicar a(o) meu/minha filho(a).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo indicam que o diagnóstico de uma perturbação do neurodesenvolvimento constitui um momento difícil para os pais, que se traduz na maioria das vezes por um choque psicológico que requer da parte dos profissionais de saúde um apoio especial. Contudo, as dificuldades/necessidades que os pais têm quando tomam conhecimento do diagnóstico dos seus filhos, tendem a diminuir ao longo do tempo, sendo que o bem estar da criança é preservado e a adaptação da família é feita à situação concreta da criança. Pelo contrário, as expectativas e necessidades parentais em relação ao futuro do filho demonstram ser a causa de maior preocupação dos pais, sobretudo as relacionadas com o desenvolvimento, com a autonomia e aprendizagem da criança. Relativamente ao serviço e apoio prestado pelos profissionais de saúde, os pais demonstram um grau de satisfação elevado. Embora o impacto do diagnóstico na família seja considerável, as famílias têm-se mantido unidas, verificando-se que a maioria dos inquiridos está casado. Os resultados obtidos neste estudo estão em concordância com outros estudos realizados sobre a mesma temática.



*Anexo II* – Apresentação do Projeto de Investigação na Reunião Journal Club





DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PEDIATRIA

CENTRO HOSPITALAR  
LUSOIA NOROESTE, EPE

SANTAMARIA

Impacto  
Fundação

IMPACTO DIAGNÓSTICO EM NEURODESENVOLVIMENTO  
EXPECTATIVAS PARENTAIS (Trabalho de Investigação)

Andreia Santos  
Joana Silva  
Cláudia Bandeira de Lima

Unidade de Neurodesenvolvimento  
Coordenador(a): Manuela Baptista

Serviço de Pediatria Médica  
Directora: Celeste Barreto

Departamento de Pediatria  
Directora: Maria do Céu Machado

14 de Maio de 2014

Introdução

CENTRO HOSPITALAR  
LUSOIA NOROESTE, EPE

SANTAMARIA

Impacto  
Fundação

- As **Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND)** manifestam-se precocemente no desenvolvimento da criança. São caracterizadas por alterações no desenvolvimento que causam impacto a nível pessoal, social, familiar, académico e ocupacional. (APA, 2013)

Perturbações do Neurodesenvolvimento

<input type="checkbox"/> Perturbação do Espectro do Autismo	<input type="checkbox"/> Perturbações específicas da Aprendizagem
<input type="checkbox"/> Perturbações intelectuais	<input type="checkbox"/> Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade
<input type="checkbox"/> Perturbação da Comunicação	<input type="checkbox"/> Perturbações Motoras

## Impacto do Diagnóstico nos Pais

• O diagnóstico de uma PND tem um grande impacto na dinâmica familiar, na forma como a família percebe a criança e se relaciona com ela (Dias, Pimentel e Baptista, 2008).

• O diagnóstico tem também implicações significativas ao nível da saúde pública, pelo efeito negativo na qualidade de vida das crianças e dos seus familiares, e pelos serviços médicos, sociais e educativos requeridos para melhorar o seu bem-estar (Euro-Peristat Project, 2008 cit. in Fonseca e Canavarro, 2010)

• O confronto com o diagnóstico é, para os pais, um período desafiante e exigente, com possíveis implicações a nível emocional e nos vários domínios familiares (financeiro, social, profissional) (Seligman & Darling, 2007 cit. in Fonseca e Canavarro, 2010).

## Comunicação do Diagnóstico

□ **O profissional de saúde que transmite o diagnóstico tem um papel fundamental, no sentido que, deve procurar:**

1. Preparar os pais para a informação que vão receber
2. Dar, de forma honesta e empática, a informação sobre o diagnóstico
3. Adequar o discurso
4. Dar a possibilidade dos pais expressarem as suas opiniões e emoções
5. Procurar feedback do que foi compreendido pelos pais acerca do diagnóstico
6. Mostrar disponibilidade para responder a todas as questões colocadas

(Spall e Callis, 1997 & Marshak, Seligman e Prezant, 1999 cit. in Fonseca e Canavarro, 2010).

## Comunicação do Diagnóstico

O profissional de saúde deve também procurar que os pais não sintam o seu papel parental diminuído e ajudá-los a encontrar um equilíbrio saudável entre as preocupações com a saúde da criança e outros aspetos do quotidiano (Spall e Callis, 1997 & Marshak, Seligman e Prezant, 1999 cit. in Fonseca e Canavarro, 2010).

O profissional de saúde deverá estar sensibilizado para o fato dos pais necessitarem de um tempo particular para iniciar o envolvimento e a prestação de cuidados à criança (Fonseca e Canavarro, 2010)

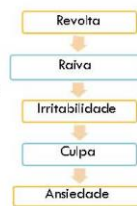
Os pais, muito frequentemente, só compreendem o diagnóstico alguns meses após o momento em que ele é transmitido, devido à aprendizagem realizada com o próprio filho(a) (Dias, Pimentel e Baptista, 2008).

## Reações Parentais ao Diagnóstico

- De acordo com Ryanm & Thomas, 1981 cit. in Dias, Pimentel e Baptista, 2008, no estudo sobre a importância do conhecimento do diagnóstico, os pais podem reagir de formas muito diferentes face à ideia de terem um filho com Perturbações do Neurodesenvolvimento.
- A maior parte dos pais reage à notícia de forma negativa, rejeitando o diagnóstico e tentando encontrar causas para tal situação.



Dentro das reações mais observadas, encontram-se:



## Reações Parentais ao Diagnóstico

- O diagnóstico constitui uma perda da criança perfeita e saudável, dos projetos e expectativas (Seligman & Darling, 2007 cit. in Fonseca e Canavarro, 2010).
- Os pais tentam ocultar à criança o que se passa, as preocupações que têm ao longo do tempo, tentando controlar a ansiedade e esconder as emoções (Silva, Pres, Gonçalves, Moura, 2002).

## Expectativas Parentais



## Outros estudos realizados

- Dias, Pimentel e Baptista (2008), num estudo sobre a importância de conhecer o diagnóstico de uma perturbação do neurodesenvolvimento, concluíram que:

**A nível da dinâmica familiar** – cerca de metade dos inquiridos consideram que foi positivo conhecer o diagnóstico.

**A nível escolar** o impacto foi positivo em cerca de 70% dos casos, uma vez que as crianças puderam beneficiar de uma intervenção educativa e terapêutica mais adequada.

**Na vida comunitária** da criança, cerca de 63% considera que nada mudou.

## Outros estudos realizados

- No estudo de Costa (2012), realizado numa população exclusivamente com crianças com PEA, os resultados encontrados foram:
  1. Na maioria das situações, os pais ficaram a saber do diagnóstico através de um médico, alguns anos após o nascimento da criança e estavam acompanhados quando souberam a notícia;
  2. O impacto do diagnóstico nos pais mostrou-se moderado. De forma geral, os pais ainda não conseguiram ultrapassar o choque inicial e revelaram uma grande preocupação quanto ao futuro dos seus filhos;
  3. Os pais que souberam da notícia mais tarde adaptaram-se melhor às mudanças familiares do que os que sabem alguns meses depois e logo após o nascimento;
  4. Os pais que souberam do diagnóstico por médicos não se adaptaram tão bem às mudanças familiares como os que souberam por familiares, amigos, professores ou por eles próprios;
  5. Os pais que estavam sozinhos tiveram o impacto do diagnóstico maior do que os que estavam acompanhados.

## Objetivos

- Com este estudo pretende-se avaliar o impacto que o diagnóstico tem nas famílias (pais/cuidadores) com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento.
- **Pretende-se avaliar as seguintes dinâmicas familiares:**
  1. Sentimentos e Emoções ao saber o diagnóstico do filho
  2. Reações e atitudes atuais
  3. Bem-estar da criança
  4. Interação familiar
  5. Adaptação intrafamiliar/mudanças a nível familiar
  6. Adaptação social/mudanças a nível social
  7. Expectativas quanto ao futuro
  8. Reações aos apoios/necessidades sentidas

## Metodologia

- Aplicação de um questionário auto administrado aos pais das crianças que frequentam a consulta de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do HSM – CHLN, cujo diagnóstico foi recebido há pelo menos dois anos. O questionário foi aplicado após a consulta com a psicóloga.
- O questionário aplicado é uma adaptação de outros pré-existentes (Costa, 2012; Gaspar e Gaspar de Matos, 2008; Mendes, 1992), composto por uma escala do tipo likert.
- Os itens foram selecionados de modo a que o questionário pudesse ser aplicado a várias perturbações do neurodesenvolvimento, que abordasse temas relacionados com a aceitação do diagnóstico, com necessidades passadas e presentes e com expectativas de futuro.
- O questionário é constituído por oito dimensões familiares.

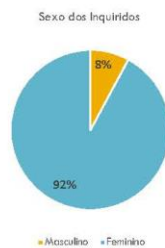
## Resultados

A amostra é composta por 51 crianças, sendo que 63% são do sexo masculino e 37% do sexo feminino. A mediana de idades, à data do preenchimento do questionário, era de 9 anos. A idade mínima apresentada foi 3 anos e máxima 18 anos.

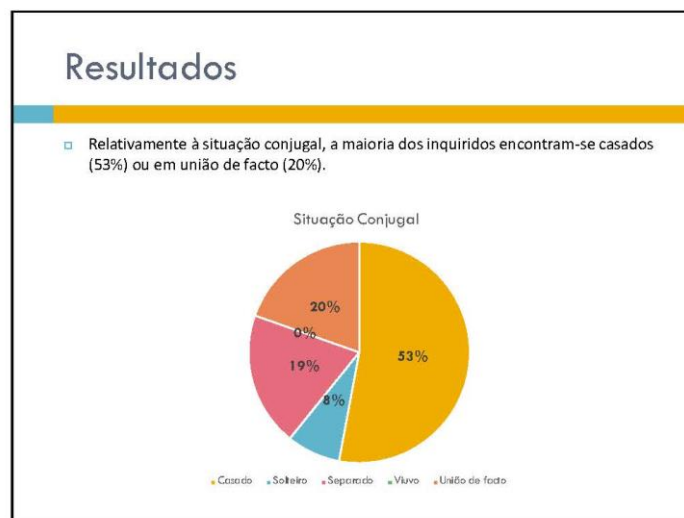
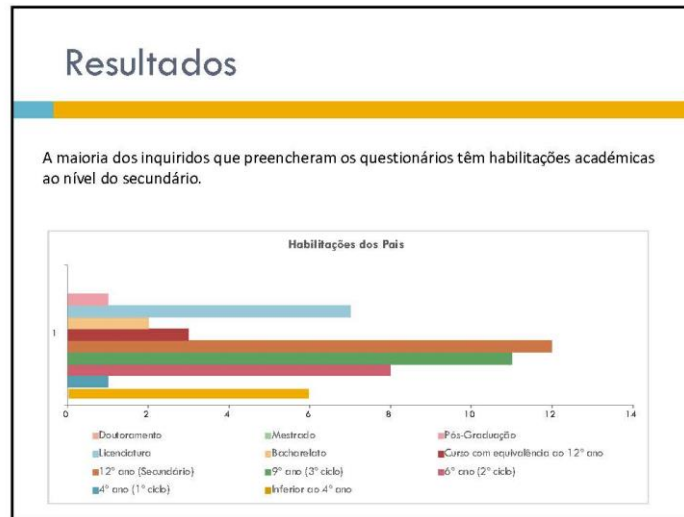


## Resultados

- Os inquéritos foram, maioritariamente, preenchidos pelos cuidadores do sexo feminino (92%). A mediana de idades dos inquiridos é de 39 anos, sendo que a idade mínima apresentada foi 27 e idade máxima 53.







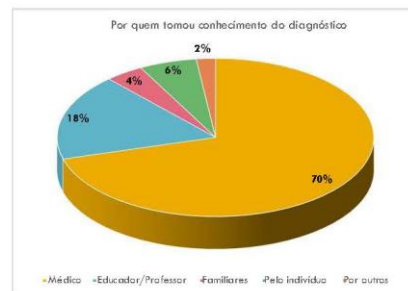
## Resultados

- Relativamente ao momento em que os pais souberam do diagnóstico, 70.59% souberam alguns anos depois do nascimento e 13.73% souberam alguns meses depois.



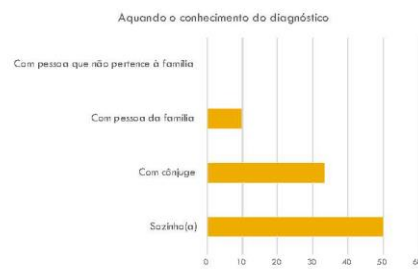
## Resultados

- Os pais tomaram conhecimento pela médica (70%).



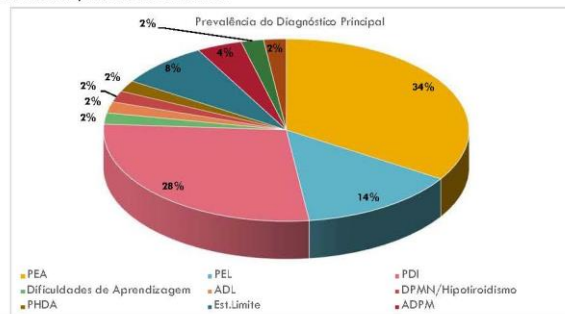
## Resultados

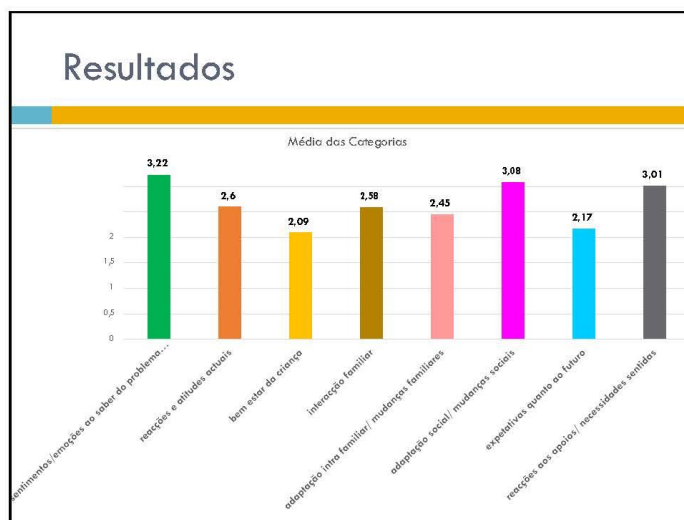
- Ao tomarem conhecimento do diagnóstico, 50,98% encontravam-se sozinhos e 49,2% dos pais encontravam-se acompanhados.



## Resultados

As Perturbações do Neurodesenvolvimento mais presentes nesta amostra são: Perturbação do Espectro do Autismo e a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, com cerca de 30% de prevalência cada uma.





### Categoria com maior impacto

CATEGORIA COM MAIOR IMPACTO	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Sentimentos e emoções ao saber do diagnóstico do seu filho	4.1. Quando soube o que o(a) meu/minha filho(a) tinha, tive um grande choque. Nem queria acreditar que essa situação estava a acontecer comigo. (78,5%)	4.8. Culpei o pessoal médico pelo sucedido. (27,4%)
	4.2. Tive muito medo. Senti que alguma coisa de grave se estava a passar. (80,4%)	4.9. Senti-me envergonhado(a). Não sabia o que as pessoas iriam pensar de mim. (29,4%)
	4.3. Fiquei muito ansioso(a) e apreensivo(a). (84,4%)	

### Categoria com maior impacto

CATEGORIA COM MAIOR IMPACTO	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Adaptação Social/Mudanças ao nível social	9.5. Não me importo de ter que sacrificar as minhas atividades pessoais para ficar com o(a) meu/minha filho(a). (80,4%)	9.2. Durante alguns anos deixei de ir passar férias fora. (35,3%)
	9.7. Tomo em conta as preferências do meu filho(a) quando faço planos familiares. (72,6%)	9.3. Nunca mais fiz a vida social que fazia antes do(a) meu/minha filho(a) nascer. (43,2%)
	9.1. Diminuí as saídas e o convívio com os amigos. (51%)	9.4. Com este(a) filho(a) não posso sair para todo o lado, mas quando saio levo-o(a) sempre comigo. (43,1%)

### Categorias com menor impacto

CATEGORIA	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Bem estar da criança	6.6 Outros rapazes ou raparigas gozaram ou provocaram o(a) seu/sua filho(a)? (56,8%)	6.4 O seu filho(a) não se sente feliz em casa? (9,9%)
	6.3 O seu filho(a) sente-se sob pressão (stressado/a)? (66,6%)	6.5 O seu filho(a) não faz atividades com outros rapazes e raparigas? (19,6%)
	6.2 O seu filho(a) sente-se sozinho(a)? (72,6%)	6.1 O seu filho(a) não se sente satisfeito com a sua própria vida. (17,7%)

### Categorias com menor impacto

CATEGORIA	ITEM MAIS MENCIONADO	ITEM MENOS MENCIONADO
Expetativas quanto ao futuro	10.2. Espero que ele(a) não fique mentalmente afetado. (84,3%)	10.4. Terho consciência das suas limitações. É bom ver os progressos do dia a dia, mas não crio grandes expectativas. (58,8%)
	10.1. Espero que seja fisicamente autónomo(a) (fale, ande e realize as necessidades básicas). (86,3%)	10.6. Sinto uma grande apreensão quanto ao futuro. Enquanto eu puder trato dele(a), mas não sei o que irá acontecer quando eu não puder. (51%)
	10.3. Espero que aprenda a ler e a escrever. (86,3%)	10.7. Terho fortes dúvidas que o(a) meu/minha filha(o) se venha a desenvolver normalmente. (56,9%)

### Conclusões

- ❑ Os resultados obtidos neste estudo indicam que o diagnóstico de uma Perturbação do Neurodesenvolvimento constitui um momento difícil para os pais, que se traduz na maioria das vezes por um choque psicológico (78,5%) e por sentimentos de culpa (54,9%) que requerem da parte dos profissionais de saúde um apoio especial.
- ❑ As dificuldades/necessidades que os pais têm quando tomam conhecimento do diagnóstico dos seus filhos, tendem a diminuir ao longo do tempo, sendo que o bem estar da criança é preservado e a adaptação da família é feita à situação concreta da criança.
- ❑ Adaptação Social/Mudanças ao nível social foi a categoria onde o diagnóstico teve mais impacto.

Título  
 Evento - data

## Conclusões

- ❑ Relativamente ao serviço e apoio prestado pelos profissionais de saúde, os pais demonstram um grau de satisfação elevado (72,6%).
- ❑ Embora o impacto do diagnóstico na família seja considerável, as famílias têm-se mantido unidas, verificando-se que a maioria dos inquiridos está casado.
- ❑ Em relação ao estudo de Costa (2012), o impacto do diagnóstico nos pais é moderado, o que vai de encontro à nossa investigação. Relativamente às áreas de maior preocupação, ao contrário do que o estudo apresentou (reações atuais e expectativas quanto ao futuro do filho), o nosso salienta como áreas em que foram sentidas mais dificuldades e preocupações, os sentimentos e emoções ao saber o diagnóstico e a adaptação social/mudanças ao nível social.

## Intervenção Psicossocial

- ❑ É pertinente realizar intervenções psicossociais conduzidas por técnicos especializados na promoção da adaptação parental ao diagnóstico da criança (Fonseca e Canavarro, 2010).
- ❑ **Os objetivos destas intervenções psicossociais devem ter em consideração:**
  1. Favorecimento da expressão emocional, validação emocional e integração da notícia do diagnóstico;
  2. Desenvolvimento de estratégias de *coping*, processos de tomada de decisão e resolução de problemas que ajudem os pais a lidarem com aspetos associados ao diagnóstico e com as restantes áreas do quotidiano;
  3. Proporcionar o confronto com expectativas pré-existentes, adequando-as e integrando-as em novos significados acerca do diagnóstico e da relação com a criança.

## Referências Bibliográficas

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Costa, S. (2012). O impacto do diagnóstico de autismo nos pais. Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, Viseu, Portugal.
- Dias, S.; Pimentel, J.; Baptista, M. (2008). Impacto e importância do diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na vida da criança e da sua família. *Revista de Psicologia*, 1, 73-80.
- Fonseca, A.; Canavarro, M. (2010). Reações parentais a diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé: implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11, 2, 283-297.
- Gaspar, T.; Gaspar de Matos, M. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Mendes, M. J. (1992). *Auto-estima materna em mães primíparas com bebé prematuro*. (monografia não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Silva, S.; Pires, A.; Gonçalves, M.; Moura, M. (2002). Cancro Infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3, 1, 43-60.
- Sonuga-Barke, E.; Harrison, C.; Hart, N. (2000). Expectativas parentais, características da criança e desenvolvimento: um estudo exploratório com dados longitudinais. *Psychologica*, 24, 129-141.





*Anexo III* – Inquérito construído e utilizado no Projeto de Investigação – Impacto do Diagnóstico em Neurodesenvolvimento: Expetativas Parentais



### Expectativas Parentais Relativas ao Diagnóstico dos Filhos

Com o presente questionário pretende-se realizar um estudo sobre a experiência subjetiva de ter um filho com determinado diagnóstico; isto é conhecer os sentimentos, atitudes, preocupações e necessidades dos pais.

O preenchimento do questionário deverá ser um ato voluntário, é anónimo e será garantida a sua confidencialidade.

Solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do mesmo.

#### I PARTE – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

##### 1. Dados sobre o pai/a mãe

Sexo:

Feminino  
Masculino

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Idade:

Situação conjugal:

Casada(o)  
Solteira(o)  
Separada(o)  
Viúva(o)  
União de facto

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Composição do agregado familiar. Com quem vive:

Esposa/Marido  
Filhos  
Pais  
Sozinha(o)  
Outros

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Habilitações Literárias:

Inferior ao 4º ano \_\_\_\_\_

Bacharelato \_\_\_\_\_

4º ano (1º Ciclo) \_\_\_\_\_

Licenciatura \_\_\_\_\_

6º ano (2º Ciclo) \_\_\_\_\_

Pós-Graduação \_\_\_\_\_

9º ano (3º Ciclo) \_\_\_\_\_

Mestrado \_\_\_\_\_

12º ano (Secundário) \_\_\_\_\_

Doutoramento \_\_\_\_\_

Curso com equivalência ao 12º ano \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

## 2. Dados sobre a criança

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Número do CHLN: \_\_\_\_\_

Sexo:

Feminino   
Masculino

Idade: \_\_\_\_

Residência:

Vive com os pais/cuidadores   
Vive numa instituição

Habilitações/escolaridade (n.º de anos completados): \_\_\_\_\_

Quantos irmãos tem: \_\_\_\_\_

Vivem juntos: Não  Sim

Tem algum irmão que também tenha necessidades educativas especiais? Não  Sim

## 3. Quando tomou conhecimento do diagnóstico?

Antes do nascimento   
Durante o parto   
Logo após o nascimento   
Alguns meses depois  Com quantos meses? \_\_\_\_  
Alguns anos depois  Com q. Com quantos anos? \_\_\_\_

### a. Como tomou conhecimento?

Pelo médico de neurodesenvolvimento \_\_\_\_  
Pelo médico de outra especialidade \_\_\_\_  
Pelo educador/professor \_\_\_\_  
Por familiares \_\_\_\_  
Por si mesma(o) \_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

### b. Quando tomou conhecimento estava...

Sozinha(o)   
Com o seu cônjuge   
Com outra pessoa da família   
Com uma pessoa que não pertence à família

## II PARTE – DIMENSÕES FAMILIARES

Para os pontos **4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. e 11.** utilize a escala de 1 a 5, assinalando com uma cruz no respetivo número o seu grau de concordância, de acordo com a seguinte identificação: **1=** Totalmente de acordo; **2=** De acordo; **3=** Indeciso; **4=** Em desacordo; **5=** Totalmente em desacordo.

### 4. Sentimentos e emoções ao saber do problema do seu filho

Gostaríamos de saber o que sentiu quando soube o diagnóstico do(a) seu/sua filho(a).

	1	2	3	4	5
4.1. Quando soube o que o(a) meu/minha filho(a) tinha, tive um grande choque. Nem queria acreditar que essa situação estava a acontecer comigo.					
4.2. Tive muito medo. Senti que alguma coisa de grave se estava a passar.					
4.3. Fiquei muito ansioso(a) e apreensivo(a).					
4.4. Senti uma grande angústia. Parecia que o mundo ia desabar sobre mim.					
4.5. Fiquei muito triste e deprimido(a). Não me apetecia ver ninguém, nem fazer nada.					
4.6. Senti uma grande revolta.					
4.7. Senti-me culpado(a) pelo sucedido.					
4.8. Culpei o pessoal médico pelo sucedido.					
4.9. Senti-me envergonhado(a). Não sabia o que as pessoas iriam pensar de mim.					

### 5. Reações e atitudes atuais

Como encara atualmente o diagnóstico e como reage. As afirmações seguintes manifestam reações que possivelmente tem experimentado.

	1	2	3	4	5
5.1. A minha mágoa é igual à que senti quando ele nasceu.					
5.2. Continuo a viver com muita angústia, sem saber o que vai acontecer.					
5.3. Quando vejo as outras crianças da idade dele, sinto uma grande tristeza.					
5.4. Com o tempo aceitei e conformei-me.					
5.5. Estou sempre preocupado(a) com ele. Acho que ele(a) só está bem comigo.					

	1	2	3	4	5
5.6. Evito falar do diagnóstico dele(a) com outras pessoas. Não gosto de ouvir comentários sobre ele(a).					
5.7. Estou determinado(a) a lutar e a fazer tudo o que estiver ao meu alcance para bem do meu filho(a).					
5.8. Sinto muita alegria perante as pequenas reações dele(a). Qualquer coisa nova que vai fazendo é um incentivo para mim.					
5.9. Vivo em função deste(a) filho(a). Ele(a) é tudo para mim.					
5.10. Sinto-me bem e gosto muito de cuidar dele(a), apesar do trabalho que dá.					
5.11. Peço a Deus que me dê saúde e paciência para poder tratar dele(a).					
5.12. Sinto-me cansado(a) e desanimado(a).					
5.13 Em geral, não me preocupa que a minha própria saúde interfira com a minha capacidade para cuidar do(a) meu/minha filho(a).					

## 6. Bem estar da Criança

Como considera que o seu filho se sente em relação ao seu diagnóstico.

	1	2	3	4	5
6.1 O seu filho(a) sente-se satisfeito com a sua própria vida.					
6.2 O seu filho(a) sente-se sozinho(a)?					
6.3 O seu filho(a) sente-se sob pressão (stressado/a)?					
6.4 O seu filho(a) sente-se feliz em casa?					
6.5 O seu filho(a) faz atividades com outros rapazes e raparigas?					
6.6 Outros rapazes ou raparigas gozaram ou provocaram o(a) seu/sua filho(a)?					

## 7. Interação familiar

Este(a) filho(a) poderá ter alterado o relacionamento entre todos os elementos da família.

	1	2	3	4	5
7.1.1. Este(a) filho(a) contribuiu para melhorar a nossa relação conjugal.					
7.1.2. Unimo-nos os dois para enfrentar as dificuldades. Os cuidados a prestar a(o) nosso(a) filho(a) são igualmente desempenhados pelos dois.					
7.1.3. Sou eu quem desempenha a maior parte dos cuidados básicos e de saúde a prestar a(o) nosso(a) filho(a).					

	1	2	3	4	5
<b>7.2.1.</b> Dedico-lhe muito mais atenção do que dedico aos outros filhos.					
<b>7.2.2.</b> Os outros meus filhos aceitaram bem o(a) irmã(o).					
<b>7.2.3.</b> Os outros meus filhos sentem-se prejudicados por terem um(a) irmã(o) com este diagnóstico.					
<b>7.2.4.</b> Os outros meus filhos colaboram nos cuidados a prestar a(o) irmã(o) e sentem-se responsáveis por ele.					
<b>7.3.1.</b> Os familiares apoiam-nos e colaboram connosco sempre que necessário.					
<b>7.3.2.</b> A maioria dos familiares são indiferentes.					

### 8. Adaptação intra-familiar/mudanças a nível familiar

O facto de ter este(a) filho(a) alterou a sua vida familiar, no que se refere às rotinas diárias, aos cuidados especiais de saúde e ao trabalho. Diga-nos o que se passou consigo.

	1	2	3	4	5
<b>8.1.</b> “Obriga-me” a passar muitas noites sem dormir.					
<b>8.2.</b> Acompanho-o(a) às consultas, tratamentos e terapias.					
<b>8.3.</b> Durante os internamentos acompanho-o(a) sempre, “obrigando-me” a ficar separada do resto da família.					
<b>8.4.</b> Em casa “ocupa-me” todo o tempo porque requer muita atenção e cuidados.					
<b>8.5.</b> É necessário prestar-lhe cuidados de alimentação, higiene e de saúde.					
<b>8.6.</b> Tive de adquirir certas competências e conhecimentos para tratar dele (ex. tirar a carta para o(a) poder transportar ou aprender técnicas clínicas (aspiração)).					
<b>8.7.</b> Deixei de trabalhar alguns meses para cuidar do(a) meu/minha filho(a) (não inclui a baixa por parto).					
<b>8.8.</b> Nunca mais trabalhei para me poder dedicar a(o) meu/minha filho(a).					
<b>8.9.</b> Adaptei o meu dia a dia em função dele(a).					



### 9. Adaptação social/mudanças a nível social

O problema do(a) seu/sua filho(a) alterou os seus hábitos sociais? Que mudanças provocou?

	1	2	3	4	5
9.1. Diminuí as saídas e o convívio com os amigos.					
9.2. Durante alguns anos deixei de ir passar férias fora.					
9.3. Nunca mais fiz a vida social que fazia antes do(a) meu/minha filho(a) nascer.					
9.4. Com este(a) filho(a) não posso sair para todo o lado, mas quando saio levo-o(a) sempre comigo.					
9.5. Não me importo de ter que sacrificar as minhas atividades pessoais para ficar com o(a) meu/minha filho(a).					
9.6. Não houve grandes alterações, porque já saía pouco. A minha vida não permitia grandes saídas.					
9.7. Tomo em conta as preferências do meu filho(a) quando faço planos familiares.					

### 10. Expectativas quanto ao futuro

O que espera do futuro para o(a) seu/sua filho(a)?

	1	2	3	4	5
10.1. Espero que seja fisicamente autónomo(a) (fale, ande e realize as necessidades básicas).					
10.2. Espero que ele(a) não fique mentalmente afetado.					
10.3. Espero que aprenda a ler e a escrever.					
10.4. Tenho consciência das suas limitações. É bom ver os progressos do dia a dia, mas não crio grandes expectativas.					
10.5. Já não tenho nenhuma expectativa. Perdi todas as esperanças.					
10.6. Sinto uma grande apreensão quanto ao futuro. Enquanto eu puder trato dele(a), mas não sei o que irá acontecer quando eu não puder.					
10.7. Tenho fortes dúvidas que o(a) meu/minha filho(a) se venha a desenvolver normalmente.					

### 11. Reação aos apoios/necessidades sentidas

Gostaríamos de saber a sua opinião em relação aos apoios que tem recebido, ao acolhimento dos técnicos e às necessidades sentidas.

	1	2	3	4	5
<b>11.1.</b> As informações que tenho em relação aos apoios e serviços (a que por direito posso recorrer) não são suficientes nem elucidativas.					
<b>11.2.</b> Desconheço a maior parte das leis e dos benefícios a que tenho direito.					
<b>11.3.</b> Não tenho razão de queixa das informações prestadas pelos serviços, sobre os apoios e benefícios a que o(a) meu/minha filho(a) tem direito.					
<b>11.4.</b> Os serviços especializados existentes são insuficientes. Tenho dificuldade em conseguir consultas da especialidade.					
<b>11.5.</b> Os serviços especializados existentes são insuficientes. Tenho dificuldade em conseguir terapias (terapia da fala, fisioterapia).					
<b>11.6.</b> As consultas da especialidade (quando se conseguem) são muito dispendiosas.					
<b>11.7.</b> As terapias (quando se conseguem) são muito dispendiosas.					
<b>11.8.</b> Não tenho razão de queixa dos médicos e técnicos que têm atendido o(a) meu/minha filho(a). São muito simpáticos, compreensivos e humanos.					
<b>11.9.</b> Necessito de maior informação sobre as necessidades específicas do(a) meu/minha filho(a).					
<b>11.10.</b> Necessito de maior informação sobre os serviços e os apoios que presentemente estão mais indicados para o(a) meu/minha filho(a).					
<b>11.11.</b> Necessito de maior informação sobre os serviços e os apoios de que o(a) meu/minha filho(a) poderá beneficiar no futuro.					
<b>11.12.</b> Necessito de um serviço de apoio social e educativo para o(a) meu/minha filho(a).					
<b>11.13.</b> Necessito de encontrar uma instituição que fique com o(a) meu/minha filho(a) quando eu não puder tratar dele.					
<b>11.14.</b> Necessito de ajuda para pagar despesas: estabelecimentos de ensino especial, terapeutas e outros serviços de que o(a) meu/minha filho(a) necessita.					

Muito obrigada por ter colaborado!



*Anexo IV* – Anamnese utilizada para recolher a história clínica de ambos os casos clínicos expostos





## Entrevista de Anamnese

Técnico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

### Caracterização do pedido:

Qual o motivo que levou a família a procurar ajuda especializada?

---

---

Há quanto tempo é sentido o problema? Quando começou e como se desenrolou?

---

---

Que iniciativas foram feitas para o tentar ultrapassar?

---

---

**Qualidade de funcionamento da criança a nível escolar:**

A criança frequentou creche e/ou infantário?

---

---

Como se adaptou a estes locais? Qual foi a sua relação com as outras crianças e adultos?

---

---

Como foi a entrada para a escola?

---

---

Como tem sido o seu desempenho?

---

---

Qual a relação que a criança mantém atualmente com professores e colegas?

---

---

Com que frequência a criança contacta com os colegas fora do tempo de aulas?

---

---

**Qualidade de funcionamento da criança a nível familiar:**

Como se processa um dia normal da criança?

---

---

---

---

Com quem é que a criança vive? (parentesco; idade; profissão)

---

---

Como descreve a sua relação com os diversos elementos da família?

---

---

---

A criança ajuda nas tarefas domésticas? Existe alguma tarefa específica para a criança executar?

---

---

A criança costuma fazer recados (por exemplo ir a casa de vizinhos sozinha)?

---

---

Como atua quando a criança faz alguma asneira?

---

---

Quem define as regras e as faz cumprir?

---

---



**Qualidade de funcionamento da criança a nível de autonomias:**

Quem executa a higiene pessoal da criança? \_\_\_\_\_

Come e veste-se sozinha? \_\_\_\_\_

Alimenta-se bem? \_\_\_\_\_

Vai à casa de banho sozinha? \_\_\_\_\_

À noite molha a cama? \_\_\_\_\_

A criança dorme sozinha? (tem quarto próprio) \_\_\_\_\_

Dorme com ou sem a luz acesa? \_\_\_\_\_

Costuma dormir com algum objecto em particular? \_\_\_\_\_

Demora muito a adormecer? E a acordar? \_\_\_\_\_

Chora ou zanga-se facilmente? \_\_\_\_\_

Quando o faz, demora muito a acalmar-se? \_\_\_\_\_

A criança tem algum tipo de medos ou receios? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que mais valorizam e apreciam na criança/adolescente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**História da criança:**

Como decorreu a gravidez (problemas de saúde, alterações emocionais...)?

\_\_\_\_\_

A criança/adolescente foi um bebé planeado/desejado? \_\_\_\_\_

Semanas de gestação: \_\_\_\_\_

Idade materna à data do parto: \_\_\_\_\_

Tipo de parto (Eutócico, Fórceps, Ventosa, Cesariana): \_\_\_\_\_

Apresentação (Cefálica, Pélvica, Outro): \_\_\_\_\_

Sinais de sofrimento fetal (Mecónio, Bradicardia, Taquicardia): \_\_\_\_\_

Peso à nascença: \_\_\_\_\_

Comprimento: \_\_\_\_\_

<b>Patologia neo-natal significativa:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Traumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de dificuldade respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Icterícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incompatibilidade sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de mal formações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras:		

\_\_\_\_\_

<b>Terapêuticas efectuadas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Indique o período</b>
Incubadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ventilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

A criança foi amamentada ao peito? \_\_\_\_\_

Quando começaram a nascer os dentes à criança? \_\_\_\_\_

Quando começou a sentar? (8-9 meses) \_\_\_\_\_

Quando começou a deixar as fraldas? (dia 18-24 meses) \_\_\_\_\_

Quando começou a dar os primeiros passos? (12-13 meses) \_\_\_\_\_

Quando começou a falar? (11-12 meses) \_\_\_\_\_

Quando é que foram introduzidas as papas? Era um bebé que se alimentava bem?

\_\_\_\_\_

Dormia bem? \_\_\_\_\_

Como era a criança em bebé? (chorava muito, ria muito, etc.) (sorriso 4-6 semanas)

---

Tinha alguns comportamentos peculiares? \_\_\_\_\_

Durante o desenvolvimento da criança há alguma doença a registar? \_\_\_\_\_

---

A criança teve que se separar de alguém ou perdeu alguém? \_\_\_\_\_

Como é que a criança reagiu face a essas separações ou perdas?

---

**História familiar:**

A família alguma vez se deparou com uma crise ou transição familiar?

---

---

Existe algum tipo de doença mental ou física na família?

---

---

Como descreve a zona em que vive? \_\_\_\_\_

Qual a sua relação com os seus vizinhos? \_\_\_\_\_

O que é que mais gostam de fazer com a criança?

---

Que tipo de dificuldades encontram na execução dessas atividades?

---

O que é que a criança mais gosta de fazer/principais interesses?

---

A criança tem alguma ocupação extracurricular?

---

Apoio especializado que a criança beneficie (apoios e médicos que acompanham a criança)

---

---

Medicação \_\_\_\_\_

Quais as suas expectativas em relação à criança?

---

---

