

Universidades Lusíada

Duarte, Nuno Rodrigo Martins, 1984-

O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier

<http://hdl.handle.net/11067/1743>

Metadados

Data de Publicação	2015-11-24
Resumo	Este relatório foi concebido no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa, representando o culminar do trabalho teórico-prático desenvolvido enquanto estagiário em psicologia clínica na consulta de psicologia e avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier. O mesmo contou com a duração de 1186 horas distribuídas entre outubro de 2014 e junho de 2015, e teve como principais objetivos a) integrar a equipa multidisciplinar do servi...
Palavras Chave	Psicologia infantil, Psicologia clínica - Prática profissional, Centro Hospitalar de Lisboa Norte Serviço de Pediatria - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:31:00Z 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

**O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação
psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital
de São Francisco Xavier**

Realizado por:

Nuno Rodrigo Martins Duarte

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Dr.^a Sílvia Faria de Bastos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.^a Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden

Relatório aprovado em:

23 de Novembro de 2015

Lisboa

2015



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

O papel do psicólogo pediátrico na consulta de
avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do
Hospital de São Francisco Xavier

Nuno Rodrigo Martins Duarte

Lisboa

Outubro 2015



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**O papel do psicólogo pediátrico na consulta de
avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do
Hospital de São Francisco Xavier**

Nuno Rodrigo Martins Duarte

Lisboa

Outubro 2015

Nuno Rodrigo Martins Duarte

O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier

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.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Dra. Sílvia Faria de Bastos

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autor	Nuno Rodrigo Martins Duarte
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dra. Sílvia Faria de Bastos
Título	O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

DUARTE, Nuno Rodrigo Martins, 1984-

O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier / Nuno Rodrigo Martins Duarte ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Sílvia Faria de Bastos. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

II - BASTOS, Sílvia Faria de, 1973-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia infantil
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Serviço de Pediatria - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Child psychology

2. Clinical psychology - Practice

3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Serviço de Pediatria - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF721.D83 2015

Agradecimentos

A cultura milenar ensina que na gratidão se encontra uma das energias mais poderosas, a verdadeira satisfação espiritualmente empregue na leitura e experienciar da realidade.

A gratidão preenche-me o coração, é como a constatação de “quem não tem amigos não tem nada!”, é como sentir que de tão pequeno que se pode ser no universo da existência, a “pequenez” de um ato pode atingir proporções tamanhas cujo um dos efeitos sinto como o aprofundar da elasticidade que a competência emocional intrínseca ao coração consegue sempre superar.

Agradecer deixa-me sem palavras e no paradoxo de tentar por estas exprimir o inenarrável, choro... De alegria, e de dor por sentir que nunca chega...

Faz-me contorcer em dúvidas e sensação de injustiça pela força única que cada acontecimento, ajuda, oferta, surpresa que surpreende... faz-me contorcer pela inevitável falta de espaço para conter todos os nomes que gostaria de mencionar já que lições em vida e de vida todas se reúnem num contributo para dar cada passo, atingindo cada objetivo.

Aos meus familiares em geral, mas há minha irmã Inês para quem simplesmente não tenho palavras para ... nada... sabes o quanto te AMO!

Professora Manuela Faia porque sempre me recebeu e ajudou na estruturação da afluência *transloucada* das ideias que me acorrem.

Professoras Tânia Gaspar e Túlia Cabrita cujas minhas intervenções parecem provocar e colocar à prova toda a sua paciência.

A TODOS os professores que me instruíram durante a licenciatura e mestrado, ainda que tenham estado um pouco mais afastados nesta etapa pelas vicissitudes da vida e tarefas que cada um tem a cada instante.

A todo o *staff* da mediateca, Dr. Paulo Soares, Dr. Hélder Machado, ao amigo Jorge Isidoro, e especialmente à menina Catarina Graça que sem a sua ajuda a tese não teria metade da formatação que tem. A todos um muito obrigado pelo contributo e disponibilidade.

Um especial agradecimento cheio de carinho para toda a equipa do serviço de consultas externas do HSFx, com atenção à Dra. Sílvia Bastos por toda a experiência partilhada, amizade e paciência com todas as minhas questões, debates, argumentações... Obrigado Doutora!

Dra. Márcia Viana que sempre esteve presente e apoiou quando necessário, obrigado. Não posso deixar de referir a Dra Elisa Simões, a Dra. Isabel Paz e o Dr. António Semedo que me acompanharam de perto em todas muitas das situações.

A todas as lindas e queridas colegas pelas longas horas distribuídas em estudos e amizade, especialmente à Sílvia, Ana Claro, Joana Santos, Damiana Santos, Cláudia Teque, Cláudia Graça, Andreia Almeida, Andreia Santos, Sara, não desfazendo quem não menciono.

ONE LOVE

“Everything we hear is an opinion, not a fact.
Everything we see is a perspective, not the truth.”

(Marcus Aurelius)

Resumo

Este relatório foi concebido no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusfada de Lisboa, representando o culminar do trabalho teórico-prático desenvolvido enquanto estagiário em psicologia clínica na consulta de psicologia e avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier. O mesmo contou com a duração de 1186 horas distribuídas entre outubro de 2014 e junho de 2015, e teve como principais objetivos a) integrar a equipa multidisciplinar do serviço; b) observação de consultas de desenvolvimento, consultas de avaliação psicológica e consultas de acompanhamento psicológico; e c) realização autónoma de avaliações e intervenções psicológicas. Para sustentar os estudos de casos explorados neste relatório é desenvolvido um enquadramento teórico em torno da psicologia pediátrica, com relevância nas teorias do desenvolvimento *life-span*, bioecológica de Bronfenbrenner e sociocognitiva de Bandura. Prossegue-se com uma breve apresentação de perturbações associadas ao desenvolvimento com especial atenção na perturbação de aprendizagem e perturbação da ansiedade, destacando a pertinência do impacto da doença na família e a importância desta na intervenção psicológica infantil. Os acompanhamentos psicológicos basearam-se no combinar de três abordagens teóricas principais, a terapia infantil do relacionamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia sistémica; tendo sido obtida uma evolução terapêutica congruente com os objetivos definidos.

Palavras-chave: Psicologia pediátrica, psicologia em contexto hospitalar, intervenção psicológica, perturbação de aprendizagem, perturbação da ansiedade

Abstract

This report was designed under the master's degree in clinical psychology from the Lusíada University of Lisbon, representing the culmination of the theoretical and practical work as an intern at Consultation Psychology and Psychological Assessment of Hospital Pediatrics Service São Francisco Xavier. The same lasted 1186 hours distributed between October 2014 and June 2015, and had as main goals: a) integrate the multidisciplinary team; b) observation of pediatric developmental follow-up, psychological assessment consultation and psychological follow-up visits; and c) independent evaluations and psychological interventions. To support the case studies explored in this report is developed a theoretical framework around the pediatric psychology, with relevance in theories of life-span development, Bronfenbrenner's bio-ecological theory and Bandura's socio-cognitive theory. Continues with a brief presentation of disorders associated with the development with special attention on learning disorder and anxiety disorder, emphasizing the pertinence of the impact of the disease in the family and the family's impact on childhood psychological intervention. The psychological support were based on combining three main theoretical approaches, the children's therapy relationship, cognitive-behavioral therapy and systemic therapy; being obtained a coherent therapeutic progress with the defined objectives.

Keywords: pediatric psychology, hospital psychology, psychological intervention, learning disorder, anxiety disorder

Lista de tabelas

Tabela 1	84
Tabela 2	93
Tabela 3	93
Tabela 4	96
Tabela 5	96
Tabela 6	97
Tabela 7	98
Tabela 8	98
Tabela 9	99
Tabela 10	100
Tabela 11	100
Tabela 12	104

Lista de abreviatura

- APA - American Psychological Association
- CAT - Children Apperception Test
- CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- E.G. - Por exemplo
- EDRG - Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths
- FCR - Figura Complexa de Rey
- HSFX - Hospital São Francisco Xavier
- MPR - Matrizes Progressivas de Raven
- PAE - Perturbação de Aprendizagem Específica
- PALPA-P - Prova de avaliação da linguagem e da afasia em português
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- TBTP - Teste de Barragem de Toulouse-Piéron
- TCC - Terapias Cognitivo-Comportamentais
- TIL - Teste de Idade de Leitura
- WISC-III - Wechsler Intelligence Scale for Children (3rd ed.)

Índice

Resumo	ii
Abstract.....	iv
Lista de tabelas	vi
Lista de abreviatura	viii
Índice	i
Introdução.....	1
O Hospital São Francisco Xavier	3
Antecedentes históricos	3
Caracterização da instituição	4
Serviço de pediatria	6
Serviço de consulta externa de pediatria	6
Consulta de Desenvolvimento	7
Caracterização da população-alvo	13
Enquadramento teórico.....	15
Psicologia Clínica.....	15
Psicologia da Saúde	16
Psicologia pediátrica.....	18
Psicologia Pediátrica em Portugal	22
Papel do psicólogo pediátrico.....	23
Teorias do desenvolvimento e suas contribuições.....	25
Perspetiva do desenvolvimento life-span	27
Perspetiva bioecológica de Bronfenbrenner	28
Perspetiva sociocognitiva de Bandura.....	30
Perturbação associadas ao desenvolvimento	33
Perturbação de aprendizagem específica.....	34
Perturbação de Ansiedade	37
O impacto da família e da doença na criança e seu prognóstico	42
Intervenção psicológica	44
Avaliação psicológica.....	44
Acompanhamento psicológico com foco na criança	47
Terapia cognitivo-comportamental na infância.....	48
Terapia infantil do relacionamento.....	49
O papel dos pais no processo terapêutico.....	50
Ética e o Código Deontológico.....	55
Objetivos.....	57
Método.....	59

Participantes.....	59
Procedimentos	59
Instrumentos	63
Entrevista clínica	64
Entrevista pediátrica	65
Entrevistas breves de avaliação	66
Testes Psicológicas.....	67
Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III)	67
Matrizes Progressivas de Raven	69
Teste da barragem de Toulouse e Piéron.....	71
Figuras complexas de Rey	72
Teste de Idade de Leitura.....	74
Teste de avaliação da fluência e correção de leitura - “O Rei”	75
Escala de Conners versão revista (forma reduzida).....	77
Biblioterapia	81
Estudos de Caso.....	83
Caso 1 – A	83
Encaminhamento	84
Pedido da avaliação psicológica.....	84
Anamnese	85
História familiar.....	86
Hipótese diagnóstica.....	87
Objetivos da avaliação.....	88
Progressão da avaliação.....	88
Resultados dos testes psicológicos e sua análise individual.....	93
Discussão de caso	101
Caso 2 – B.....	104
Encaminhamento	104
História clínica.....	105
História dos medos	105
História escolar	106
Discussão de caso	125
Conclusão	131
Reflexões Finais	135
Referências bibliográficas	137
Apêndices.....	149
Lista de apêndices	151

Apêndice A	153
Apêndice B	157
Anexos	161
Lista de anexos	163
Anexo A	
Anexo B	
Anexo C	
Anexo D	
Anexo E	
Anexo F	
Anexo G	
Anexo H	
Anexo I	
Anexo J	

Introdução

O presente relatório representa o culminar do ano letivo 2014/2015 enquanto estagiário académico na consulta de avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier (HSFX).

O estágio realizou-se no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa (ULL) segundo as diretrizes do Diploma Europeu de Psicologia e sob o regulamento da Declaração de retificação n.º 526/2015 em Diário da República n.º 118. Série II de 2015-06-19.

O seu propósito visa a formação académico-profissional especializada de mestres em psicologia clínica mediante a aquisição de conhecimentos e competências de intervenção específicas, aquisição de conhecimento científico e de prática de investigação indispensáveis ao avanço da psicologia enquanto ciência.

A progressão e atividades praticadas ao longo do percurso foram orientadas pela Dra. Sílvia Bastos, psicóloga clínica da consulta de avaliação psicológica, supervisionadas nas aulas consagradas à unidade curricular de estágio e relatório, e em reuniões individuais e pontuais com a Professora Doutora Túlia Cabrita.

O relatório foi redigido ao abrigo do atual acordo ortográfico, procurando respeitar as normas do *Guia para elaboração de dissertações de mestrado e teses de doutoramento da ULL* e da sexta edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (American Psychological Association [APA], 2010).

A escolha do local de estágio foi influenciada sobretudo por dois critérios, contexto e população-alvo. O contexto, caracterizado enquanto serviço público destinado à prevenção da saúde ao qual ocorre uma vasta população que nem sempre preenchem critérios para problemáticas específicas do foro psicopatológico mas que no entanto se encontram numa conjuntura física, psíquica e/ou emocional, adversa ao seu

desenvolvimento e progressão no viver que é a vida. A população-alvo – pediátrica - que por um lado o estagiário sente e crê ser uma faixa etária com a qual estabelece empatia de forma intuitiva, por outro, por ser efetivamente e comumente referida como o “*futuro da nação*” ou tal se poderá considerar, futuro da humanidade. Enquanto jardineiro, gosto de pensar que poderei ajudar no jardinar de terras plantas para que possam frutificar mais e melhor do que isentas do papel da psicologia se veria probabilisticamente possível.

Nesse sentido, a diegese procurará espelhar o que foi para o autor o desenvolvimento da experiência empírica e teórica englobada no âmbito do estágio realizado, focando dois estudos de casos em particular. Sabendo antemão, que pela dificuldade intrínseca da exposição escrita enquanto transcrição da prática, falhará incontornavelmente, ou que no mínimo ficará muito aquém do que foi experienciado durante os 9 meses.

O Hospital São Francisco Xavier

Antecedentes históricos

A construção iniciou-se pelas mãos de uma entidade privada em 1972 destinada à instalação da Clínica do Restelo, sendo que em 1975 as obras foram interrompidas e a clínica não chegou a ser inaugurada (idem). O edifício foi posteriormente adquirido pela Companhia União Fabril da CUF que acabou por vendê-lo ao Grupo Império (Rosa, 2006/2007), tendo este procedido à sua renovação ampliando-o em 2 pisos, estávamos em 1981 (Pereira, 2005/2006).

Em 1986, o governo liderado pelo então primeiro-ministro Prof. Dr. Aníbal Cavaco Silva, perante a crescente afluência de utentes às urgências hospitalares de São José e Santa Maria (únicas na cidade até então), a acumulação de doentes para internamento à espera de vagas nas enfermarias e a degradação dos edifícios hospitalares, manifesta preocupação para com a assistência hospitalar da zona metropolitana de Lisboa (Pereira, 2005/2006).

A Clínica do Restelo é adquirida pelo Ministério da Saúde sob alçada da Dra. Leonor Beleza que a 24 de abril de 1987, inaugura o novo hospital – Hospital São Francisco de Xavier. O seu nome foi escolhido com o intuito de homenagear a freguesia da zona de Lisboa com o nome de umas das personagens mais preponderantes na história do povo português pelas terras da Índia (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Esta instituição hospitalar, ao abrigo do decreto-lei n.º11/1986 de 5 de novembro permitiu não só, proporcionar uma assistência adequada às necessidades de saúde e bem-estar da cidade, ao nível de urgências e internamento, como também de formar futuros médicos, enfermeiros e técnicos de diversas áreas (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015). A instituição fundada

enquanto hospital universitário submetia-se assim, à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, desenvolvendo atividades de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação (Pereira, 2005/2006)

No contexto da nova lei de bases da saúde, pelo decreto-lei nº 279/2002, de 9 de dezembro, foi criado o Hospital São Francisco Xavier, S.A., passando-se de um organismo de administração direta central do Estado para uma empresa de capitais exclusivamente públicos, sob a forma de sociedade anónima, tendo como acionistas os ministérios da saúde e das finanças (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Hoje, o Hospital São Francisco Xavier, S.A. situa-se no Restelo (zona ocidental de Lisboa), formando desde dezembro de 2005, em conjunto com o Hospital Egas Moniz, S.A. e o Hospital de Santa Cruz, S.A., o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – entidade pública empresarial (CHLO-EPE) (idem).

Caracterização da instituição

Atualmente, o HSFX é um hospital central, onde estão sediadas a urgência geral de grau 4, a urgência pediátrica e a urgência obstétrica. Abrange cerca de 1 milhão de habitantes residentes nos concelhos de Amadora, Cascais, Oeiras e Sintra, e nas freguesias de Ajuda, Alcântara, Prazeres, Santa Maria de Belém, São Condestável e São Francisco Xavier, pertencentes ao concelho de Lisboa (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O CHLO/HSFX rege-se pelos princípios da humanização e não discriminação; respeito pela dignidade da pessoa-humana; promoção da saúde na comunidade; atualização face ao estado da arte em investigação e ciência; excelência técnica e ético-profissional; e pela promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente. Os seus

objetivos estratégicos compreendem a prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno; aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável; desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde; implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, minimizando o impacto da hospitalização (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Organizado em dois grandes edifícios, o HSFX agrupa no edifício 1 piso -2, o bloco operatório I, recobro, anatomia patológica, central de colheitas, patologia clínica, serviços farmacêuticos e consulta de ortopedia; no piso -1 a imagiologia, UCIC e a ligação ao edifício 2, bem como a ligação ao estacionamento através dos elevadores do edifício 2; no piso 0 contempla a urgência geral, endoscopia digestiva, e o centro de informações/receção; no piso 1 a medicina interna III, UCIP e UNICARD; no piso 2 a medicina interna IV, unidade de AVC e hematologia; no piso 3, a ortopedia e traumatologia; no piso 4 a cirurgia geral I e a anestesiologia; por fim no piso 5 estão instalados o conselho de administração, a biblioteca e o núcleo de formação (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015)..

Inaugurado em abril de 2006, o edifício 2 compreende atualmente no piso -3 a medicina física e de reabilitação, gestão de doentes, receção de visitas, cafetaria e estacionamento (entrada); no piso -2 o estacionamento; no piso -1 encontra-se a urgência pediátrica, urgência obstétrica/bloco de partos, hospital de dia e medicina transfusional; o piso 0 destina-se ao serviço de pedopsiquiatria, serviço de consultas externas de pediatria e serviços administrativos; o piso 1 ao internamento de neonatologia, o piso 2 ao internamento de pediatria, no piso 3 encontra-se o internamento de obstetrícia e o serviço de nutrição e dietética; e por fim o piso 4 que

incorpora o internamento de ginecologia, diagnóstico pré-natal, fetopatologia, e ecografia obstetrícia (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O organograma do CHLO/HSFX encontra-se em anexo (Anexo A e B).

Serviço de pediatria

O serviço de pediatria existe desde a inauguração do hospital e conta atualmente com a direção do Dr. José Carlos Guimarães. Moderno e bem equipado, presta auxílio a todos os recém-nascidos que nascem no hospital ou são referenciados para o serviço, acrescentando todas as crianças e adolescentes residentes na sua área de implantação com um total estimado de 400 mil habitantes dos quais 19% têm menos de 16 anos (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O serviço de pediatria está dividido em 3 secções: pediatria geral, a qual inclui a urgência pediátrica, enfermaria, unidade de cuidados gerais pediátricos e o hospital de dia; a neonatologia, que integra a unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, o berçário, a consulta de desenvolvimento, consulta de neonatologia; e a consulta externa, que presta assistência às crianças e adolescentes referenciados quer para consultas de pediatria geral, quer para as subespecialidades pediátricas (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Serviço de consulta externa de pediatria

O serviço de consulta externa de pediatria funciona em articulação com a urgência pediátrica, com os centros de saúde e escolas da área de influência do hospital. Presta assistência a recém-nascidos, crianças e adolescentes, contemplando diversas especialidades, nomeadamente, pediatria geral, cirurgia, neurologia, pneumologia, nefrologia, endocrinologia, ortopedia, alergologia, desenvolvimento e avaliação

psicológica (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Consulta de Desenvolvimento

Atualmente a consulta de desenvolvimento encontra-se sob a coordenação da Dra. Isabel Paz e conta com a colaboração dos pediatras Dr. António Macedo e Dra. Raquel Marta (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Esta é, em primeira instância, destinada à avaliação de bebés em situações de risco, sejam recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1500 grs), casos de asfixia perinatal grave, necessidade de ventilação mecânica, entre outras problemáticas especiais no período natal e neonatal. Os bebés pertencentes a estes grupos de risco são direcionados à consulta de desenvolvimento, para realização de despistes e iniciação do processo de intervenção precoce em eventuais problemáticas do foro desenvolvimental (idem).

Posteriormente, as crianças são acompanhadas na consulta até à idade máxima de 18 anos, durante este período, é efetuada uma avaliação multidimensional longitudinal compreendendo o desenvolvimento somático, psicomotor, sensorial e psicológico, com uma periodicidade definida pela idade e problemática específica da criança (idem).

A consulta de desenvolvimento faculta os seus serviços a crianças e adolescentes com problemáticas associadas ao desenvolvimento, independentemente da situação clínica em que nasceram e se nasceram ou não no HSFX.

A consulta beneficia do apoio de consultas de especialidade pediátrica do Hospital São Francisco Xavier e do Hospital Egas Moniz, centros de saúde da área abrangida pela instituição, liga portuguesa dos deficientes motores, centro de reabilitação de paralisia cerebral Calouste Gulbenkian, centro de medicina física e reabilitação de

Alcoitão, fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, serviço social do hospital, “Os Francisquinhos” (Associação de Pais e Amigos das Crianças do HSFX) e da Liga dos Amigos do HSFX.

A consulta de desenvolvimento trabalha em articulação direta com o serviço de pedopsiquiatria, sendo realizada uma reunião mensal para análise e discussão de estudos de caso. A reunião conta com a participação de médicos pedopsiquiatras, pediatras, psicomotricistas, psicólogas, professora de ensino especial e estagiários das referidas especialidades. Fora destas reuniões, o contacto ocorre mediante a necessidade intrínseca de cada estudo de caso.

Consulta de avaliação psicológica

É na consulta de avaliação psicológica que o presente estagiário se encontrou inserido. Esta iniciou-se em março de 1998 com a Dra. Márcia Viana, com o intuito de funcionar como auxiliar ao diagnóstico médico de crianças acompanhadas na consulta de desenvolvimento, focando-se principalmente nas avaliações do desenvolvimento psicomotor.

Mais tarde, as suas valências passam a integrar o acompanhamento psicológico, altura em que as crianças começam também a ser admitidas mediante o reencaminhamento através das restantes especialidades da Consulta Externa de Pediatria.

Hoje, a consulta de avaliação psicológica é assegurada pelas psicólogas, Dra. Elisa Simões, Dra. Márcia Viana e Dra. Sílvia Bastos, contando com a colaboração voluntária da Dra. Paula Maciel, especialista nas avaliações de dificuldades da aprendizagem e na intervenção psicoeducativa direcionada principalmente às perturbações de aprendizagem específica. Por fim, é de se mencionar o papel dos estagiários que anualmente integram a consulta que beneficiando de uma aprendizagem

intensiva, potenciando o número de crianças atendidas nesse período. No ano letivo 2014/2015, contou-se com a colaboração de dois estagiários académicos e 2 estagiários profissionais que entretanto concluíram e foram admitidos na ordem dos psicólogos portugueses.

Podemos assim caracterizar a consulta como uma ferramenta auxiliar ao diagnóstico médico, dedicando-se à avaliação e apoio psicológico a crianças e adolescentes com problemáticas que se colocam ao nível cognitivo, emocional, educacional e social.

Os pedidos mais frequentes incluem a avaliação: do desenvolvimento; das dificuldades de aprendizagem; avaliações neuropsicológicas e o acompanhamento psicológico. O foco das avaliações é direcionado segundo o pedido e motivo da consulta, embora não raras vezes, com o decorrer da avaliação ou do acompanhamento, se elucidem os verdadeiros motivos por detrás das queixas.

Em suma, a avaliação visa informações pertinentes acerca das dificuldades reais da criança e da sua estrutura cognitiva e emocional, tendo em consideração o comportamento manifesto em consulta, a sua prestação nas provas, dados obtidos em entrevistas presenciais ou telefónicas com pais/cuidadores, professores do ensino regular e/ou professores de educação especial, contemplando o melhor possível os diferentes sistemas em que a criança ou adolescente se insere, bem como as suas relações intra e interpessoais.

A compreensão eclética do quadro de vida da criança é tida como essencial para um encaminhamento e/ou intervenção terapêutica o mais adequada e pertinente possível.

Para o efeito, as profissionais e estagiários têm à sua disposição um variado leque de instrumentos, que permitem a avaliação do desenvolvimento (escala de

desenvolvimento mental de Ruth Griffiths, ed. 2006 e prova pré-escolar); a avaliação intelectual e cognitiva (escala de inteligência de wechsler para crianças e adolescentes, 3ª ed. [WISC-III] e matrizes progressivas de Raven – coloridas [CPM] e geral [SPM]); a avaliação das funções da atenção (teste de barragem de Toulouse-Piéron e teste de varragem de Zazzo) e das funções da atividade perceptiva e memória visual (figura complexa de Rey A e B); a avaliação das funções da linguagem (provas de avaliação da linguagem e da afasia em português [PALPA-P]), das competências de leitura (teste “O rei vai nu” e teste de idade de leitura [TIL]) e da escrita (PALPA-P e provas informais de escrita); e a avaliação das dinâmicas emocionais, relacionais e sociais (testes de apercepção temática para crianças [CAT-A] e teste de figuras para crianças: entrevista semiprojetiva [Bar-Ilam]). Por vezes como facilitadores da relação e acrescentos à informação disponível utiliza-se o desenho da figura humana, da família, da árvore e o desenho livre.

Nos casos em que as avaliações psicológicas sugerem uma psicopatologia grave, i.e., problemáticas que compreendam questões do foro psiquiátrico, é efetuado o encaminhamento para o serviço de pedopsiquiatria.

Quanto aos acompanhamentos psicológicos, na sua maioria centram-se nas perturbações alimentares, perturbações do sono, perturbações de eliminação e perturbações da ansiedade. Para a sua realização o serviço dispõe de duas caixas de ludo, e diversos jogos lúdicos que auxiliam na compreensão e trabalho envolvendo as dinâmicas relacionais.

As consultas de avaliação psicológica e acompanhamento psicológico decorrem nos gabinetes do serviço de pediatria, gabinetes esses partilhados com as restantes especialidades médicas, pelo que não se dispõe de um setting desenhado especificamente para as mesmas. No entanto, dois dos gabinetes quer pelos desenhos

expostos e desenhados nas paredes, quer pelos brinquedos que compreendem, e pelas cores que os caracterizam, permitem um ambiente algo propício ao apoio psicológico e às primeiras consultas de estabelecimento de relação, enquanto outros, um pouco mais formais e com menos estímulos, permitem um ambiente mais adequado e menos distrator favorável à realização das avaliações psicológicas.

Não menos importante, é o telefone de que o gabinete dispõe, o qual se pode utilizar no contacto de agentes educativos relevantes a cada processo. A disponibilidade incondicional, dos pediatras, restantes especialistas da pediatria e da professora de ensino especial, para discussão, análise e interajuda em cada estudo de caso; das enfermeiras, pela gestão impecável dos gabinetes que nem sempre é a mais fácil dadas as consultas que surgem como atos de urgência tendo que por vezes articular vários profissionais, e pelo cuidado com que desempenham as suas funções permitindo um ambiente acolhedor a cada utente; o papel das profissionais do secretariado, que mesmo estando no atendimento direto (nem sempre fácil) com utentes, arranjam sempre tempo para marcar e remarcar consultas (por vezes por carta, por vezes telefonicamente), para requisitar processos e sempre que possível fornecer informações.

Por fim, o papel das profissionais responsáveis pela limpeza de todo o serviço que, sem o perfeccionismo que o caracteriza, não seria possível a qualidade e condições de trabalho de todo e cada técnico que naquele opera.

Caracterização da população-alvo

A consulta de avaliação psicológica destina-se especialmente a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos, do género masculino e feminino, de diferentes extratos sociais provenientes dos concelhos da área de influência do hospital.

No entanto, dado que na maioria das vezes, as crianças e adolescentes provêm de famílias disfuncionais, carenciadas e/ou com baixas habilitações académicas, as psicólogas disponibilizam tempo de consulta ou entre consultas para aconselhamento e apoio direto com familiares e demais agentes educativos, facultando informações, planos de ação ou “simplesmente” a escuta ativa e interessada.

Até à presente data não foi realizado qualquer levantamento estatístico passível de caracterizar a população-alvo que acede à consulta de avaliação psicológica.

Enquadramento teórico

Psicologia Clínica

A psicologia é um campo tão complexo quanto o comportamento e a emoção humana, representa um esforço integrado para a compreensão da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, e sua relação com a forma como nos comportamos (Plante, 2011).

Lightner Witmer, considerado o pai da psicologia clínica, fundou em 1896 a primeira clínica de psicologia e programa de treino na Universidade da Pensilvânia, Estados Unidos da América. Iniciando em 1907 a edição e publicação do primeiro jornal científico e profissional para o desenvolvimento da disciplina - A Psicologia Clínica (Benjamin Jr.; DeLeon, Freedheim, & VandenBos, 2003; Roberts & Iardi, 2005).

Witmer definiu a psicologia clínica como o uso da observação ou da experimentação para estudar as pessoas, com intenção de promover a mudança. Acreditava que por meio de um tratamento pedagógico acentado no método e raciocínio clínico se poderia promover o desenvolvimento da mente individual com resultados expressos cientificamente (Witmer, 1907 cit. por Photos, Michel, & Nock, 2008).

Sugere a introdução do método clínico como resposta à escassez de valor obtido pelos pressupostos teóricos e filosóficos da psicologia experimental, que mesmo tendo sucesso na avaliação das diferenças entre sujeitos, pouco valor acrescentavam ao trabalho no terreno que Witmer desenvolvia e propunha à comunidade da psicologia (Benjamin Jr.; DeLeon, Freedheim, & VandenBos, 2003).

Atualmente, a psicologia clínica preocupa-se principalmente com a avaliação, previsão, prevenção e alívio ou supressão dos distúrbios e deficiências cognitivas, emocionais e comportamentais (Marks, Sykes, & McKinley, 2003), concentrando os

seus esforços na compreensão das formas pelas quais a psique humana interage com os aspetos físicos, emocionais e sociais da saúde e da doença, potenciando o ajustamento e eficácia pessoal (Plante, 2011).

Assim, visa a redução do sofrimento psicológico, na procura por melhorar e promover o bem-estar psíquico pela aplicação sistemática dos conhecimentos obtidos mediante a teoria e as evidências psicológicas (Division of clinical psychology (DCP), 2001b, p.2).

Se por um lado, a pesquisa tem melhorado a compreensão dos psicólogos clínicos quanto ao impacto das forças genéticas e ambientais na modelagem de perturbações psicológicas, por outro, tem fornecido orientação sobre quais os métodos de tratamento que são suscetíveis de serem mais eficazes com cada categoria de perturbações (Bernstein et al., 2014).

Psicologia da Saúde

A psicologia da saúde é parte da mudança do paradigma com que se percecionava a saúde, impulsionou e foi impulsionada pela segunda revolução na medicina, caracterizada pela mudança do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial (Castro, 2007).

Vários autores defenderam a substituição do modelo biomédico (Matarazzo, 1980). Em 1974 e.g., Lalonde propunha uma política nacional de saúde direcionada para a biologia humana, o meio ambiente, estilo de vida, e a reorganização dos cuidados de saúde (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005). O modelo médico era cada vez mais considerado desadequado, urgindo a necessidade de uma visão holística da pessoa que a integrasse num conjunto de eventos relacionados entre si cujos efeitos exerceriam influência no todo. Reforçava-se o paradigma de que as interações entre diferentes níveis de organização - moléculas, células, órgãos, organismo, pessoa, família,

sociedade e biosfera – se relacionam de tal modo que uma alteração num dado nível surtiria efeitos nos outros (Engel, 1992).

A noção de encarar a pessoa como um todo complexo e multifacetado entre os polos saúde e doença crescia, e várias disciplinas médicas e associadas tornavam-se cada vez mais ativas no papel da prevenção da doença e promoção da saúde, mediante a interdisciplinaridade (Matarazzo, 1982). A psicologia também participou desta transição conceptual da saúde, e em 1978 oficializa-se a sua posição pela American Psychology Association ao estabelecer a 38ª divisão - Psicologia da Saúde (Matarazzo, 1982; Pereira, 1995; Ribeiro & Leal, 1996).

Existem muitas definições para a psicologia da saúde, sendo que a mais aceite é a de Matarazzo (Hadjistavropoulos & Asmundson, 2009). Este definiu-a como, “*o agregado das contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da disciplina de psicologia para a promoção e manutenção da saúde; prevenção e tratamento da doença; e identificação de correlatos etiológicos e de diagnóstico da saúde, doença e sua disfunção relacionada*” (Matarazzo, 1980, p.815).

Segundo Marks, Syke, e McKinley (2003) a definição foi considerada demasiado abrangente, abarcando a psicologia clínica, aconselhamento psicológico, entre outras áreas. Pelo que em 2001, McDermott propôs ser utilizada a definição com que Matarazzo (1980, p.813) havia cunhado a saúde comportamental, “*campo interdisciplinar dedicado a promover uma filosofia de saúde que enfatiza a responsabilidade individual na aplicação de conhecimentos das ciências comportamentais e biomédicas, e técnicas para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e disfunções através de uma variedade de atividades individuais ou partilhadas iniciadas pela pessoa.*”. Com esta definição a psicologia da saúde ocupar-se-ia dos

cuidados primários da saúde, e a psicologia clínica com os cuidados secundários e terciários (Marks, Syke, & McKinley, 2003).

Dado que na prática a psicologia da saúde e a clínica se sobrepõem em vários aspetos, existem atualmente duas abordagens da psicologia da saúde: a do modelo de ação comunitária, que assenta na definição proposta para saúde comportamental focando os cuidados primários na comunidade; e a do modelo provedor de serviços de saúde, que assenta na versão original de psicologia da saúde e se baseia no modelo biopsicossocial, estando integrada no sistema de cuidados de saúde (Marks, Syke, & McKinley, 2003).

Muitos dos psicólogos clínicos trabalham hoje em contexto hospitalar, onde (e.g.) aplicam testes psicológicos; realizam psicoterapias individuais, familiares e de grupo; atuam como consultores de médicos de clínica geral e saúde mental; ou providenciam ensinamentos a estudantes, médicos ou técnicos auxiliares, por meio de palestras, seminários, reunião, etc. (Plante, 2011).

Psicologia pediátrica

A sua génese pode ser alcançada nos trabalhos de Lightner Witmer, o pai da psicologia clínica. Na sua atividade trabalhou essencialmente com crianças, preocupado com a forma como estas lidavam com as dificuldades escolares e com a gestão do seu comportamento, articulando-se frequentemente com médicos não psiquiátricos e professores (Pires & Pires, 1995; Routh, 1975). Propunha que psicólogos e pediatras poderiam aprender mutuamente acerca das condições mórbidas e anormais, o funcionamento normal e as manifestações físicas e psicológicas de ambas nas crianças dentro e fora da sala de aula (Pires, 1998).

Ainda que o seu trabalho fosse direcionado à clínica infantil e em muito semelhante ao desempenhado pela psicologia pediátrica, por necessidade e progressão

da área, este debruçava-se na implementação da vertente clínica da psicologia no geral, defendendo que deveria chegar a todas as faixas etárias. Talvez por isso não tenha chegado a especificar e definir a disciplina que hoje congrega tal campo de atuação, prática profissional e população-alvo com que laborava, hoje denominada de psicologia pediátrica.

Foram vários os autores que após Witmer contribuíram para o solidificar da psicologia pediátrica. E.g. Jonh Anderson em 1930 discutia os benefícios da colaboração entre psicólogos e pediatras, conferindo especial atenção aos conhecimentos empíricos e teóricos da psicologia do desenvolvimento. Em 1965, Jerome Kagan, articulava conceptualmente a parceria psicólogos e pediatras, enfatizando a deteção de perturbações do desenvolvimento e problemáticas do foro psicossocial (Mesibov, 1984).

No entanto, foi Logan Wright quem propôs o termo psicologia pediátrica para descrever os que trabalhavam com crianças e adolescentes em contexto médico não psiquiátrico (1967, cit. por Pires & Pires, 1995). Estes aplicavam principalmente técnicas de orientação mais comportamental do que as utilizadas pelos psicólogos clínicos infantis que lidavam maioritariamente com psicopatologias severas (Mesibov, 1984). Wright formalizou assim, uma nova área de intervenção com um conjunto de características que marcaram a disciplina teórica e metodologicamente até aos dias de hoje, entre elas, a importância da psicologia do desenvolvimento, a colaboração com pediatras e outros especialistas médicos, e a preocupação em se desenvolver intervenções breves e eficazes (Barros, 2003).

Na mesma altura, a APA convocou um comité liderado por Logan Wriqth que incluía Dorothea Ross e Lee Salk, para avaliar o papel dos psicólogos em contextos pediátricos. Em 1968, a mesma associação, formaliza a atividade pela formação da

Society for pediatric psychology (Routh, 1975), enquanto afiliada da secção da psicologia clínica infantil tornando-se, a psicologia pediátrica, independente em 1980 – 54ª Divisão da American Psychology Association (Menezes, Moré, & Barros, 2008).

O estabelecimento da psicologia pediátrica foi sendo gradual, à medida que por um lado, os pediatras constatavam a importância da dimensão psicológica no tratamento e na prevenção dos problemas de saúde mental, por outro, os psicólogos reconheciam as práticas de consultório privado como desadequadas às necessidades dos pacientes em ambulatório e de suas famílias (*idem*).

Um dos aspetos mais preponderantes para a evolução e solidificação da disciplina, terá sido a transição do modelo biomédico para o modelo holístico da saúde de Engel (1992) – o modelo biopsicossocial (Barros, 2003). A psicologia da saúde que emergiu nesta transição alterou o campo de atuação de todas as psicologias aplicadas, incluindo o da psicologia pediátrica, que da exclusividade laboral em centros médicos e hospitais infantis passou a participar em múltiplos contextos infantis (Brown, 2004).

A saúde enquanto processo global implicaria uma abordagem multidisciplinar do doente e da doença, considerando a segunda como resultado de fatores biológicos potenciados pelo comportamento. Isto é, a forma como a pessoa interage com o ambiente, está sob influência da personalidade, aspetos socioculturais, e a aprendizagem, que por sua vez, modelam as suas reações ao *stress* psicossocial; o desenvolvimento de estratégias coping; o modo de aderência ao tratamento e o estilo de vida que adota e nutre em si (Viana & Almeida, 1998).

A psicologia pediátrica é atualmente tida como um subdomínio da psicologia da saúde, aplicada à saúde infantil e adolescente (Almeida & Viana, 1998; Barros, 2003; Castro, 2007; Pires, 1998). “(...) Poderíamos dizer que a Psicologia Pediátrica inclui

um campo de atuação (a Saúde Infantil), foca uma prática aplicada (Clínica), de uma disciplina específica (a Psicologia).” (Pires, 2008, p.7).

Deste modo, a disciplina define-se pelo contexto de atuação, serviços de saúde infantil não psiquiátrica (e.g. centros de saúde infantil, hospitais pediátricos, serviços de pediatria) e pela faixa etária a que assiste - dos 0 aos 18 anos (Fonseca, 1998), sendo que a atenção recai na criança e no ambiente socioafetivo envolvente (Viana & Almeida, 1998), contemplando preferencialmente uma complementaridade multidisciplinar (Ernst, et. al, 2013).

A articulação entre diversos os diversos profissionais em torno da saúde e doença infantil é considerada pedra basilar para a otimização dos resultados nos pacientes (idem). Por um lado, pela natureza complexa das dificuldades das crianças com problemas no desenvolvimento (Mesibov, 1984), por outro, porque fomenta uma linguagem comum que contribui para uma assistência mais adequada ao longo do processo terapêutico à tríade relacional: paciente, família e equipa técnica (Menezes, Moré, & Barros, 2003).

Uma abordagem multi e interdisciplinar pela equipa hospitalar e consultores de saúde permite também ajudar a aumentar a compreensão acerca da criança e seus pais, melhorando a perícia do tratamento (Wolff, 1999), já que proporciona uma melhor supervisão; uma maior identificação dos pontos fortes e fracos de cada pessoa envolvida no cuidado da criança, que por sua vez, ajuda a que se estabeleçam programas mais individualizados e direcionados a cada utente (Baum, Revenson, & Singer, 2001).

De uma outra perspetiva, as transições entre serviços e profissionais de saúde para uma ação ou procedimento complementar de tratamento, diagnóstico ou reabilitação, são momentos de grande impacto na vida dos doentes e suas famílias. Dada a complexidade dos sistemas de saúde e processos de diferenciação, a comunicação entre

profissionais é de extrema importância para se evitar duplicação de esforços, riscos para a segurança do doente e desperdício de recursos (ICS, p,109).

Em suma, a mais recente definição da APA (1999) classifica a subespecialidade infantil como *“um campo interdisciplinar que se dedica ao funcionamento e desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional, e do seu relacionamento com a saúde e as problemáticas da doença em crianças, adolescentes, e famílias”*.

Psicologia Pediátrica em Portugal

Ainda que não existam inquéritos que relatem a quantidade de psicólogos pediátricos contratados, ou que se considerem como tal, sabe-se que na segunda metade da década de 80, os psicólogos começaram a integrar em maior número as unidades de saúde portuguesas (Pires & Pires, 1995; Pires, 1998).

Como exemplo, Viana e Almeida (1987), reportam-se à sua atuação num serviço de pediatria, enquadrando-se perfeitamente com a definição de psicólogo pediátrico e suas funções. Também o Hospital S. João-Porto conta com uma unidade de psicologia de coordenação própria, a qual incorpora e desenvolve metodologias, estratégias e objetivos no âmbito da psicologia pediátrica (Viana & Almeida, 1988). De igual modo o núcleo de psicologia do Hospital de D. Estefânia (Lisboa), o Hospital Santa Maria (Lisboa) e o Hospital Maria Pia (Porto) integram na equipa psicólogos pediátricos (Teixeira, Cima, & Cruz, 1999).

Ainda assim, em Portugal, a psicologia pediátrica encontra-se numa fase precoce, com um progresso lento, dadas as condições do mercado de trabalho e as políticas de saúde adversas ao seu desenvolvimento. Talvez uma aceitação mais generalizada ocorra, à luz do que aconteceu na América, quando começar a ser demonstrada a sua eficácia e rentabilidade (Barros, 2010).

Papel do psicólogo pediátrico

O papel do psicólogo pediátrico varia consoante a sua formação de base académica; a estrutura/instituição em que trabalha; dependendo diretamente das características do serviço e da população com que labora. No sentido em que diferentes instituições e serviços aplicam a prática da disciplina a crianças e adolescentes com múltiplas nuances clínicas (Fonseca, 1998; Pires, 1998).

No entanto, são estabelecidos algumas linhas gerais da atividade do psicólogo pediátrico: avaliação e diagnóstico precoce de alterações do comportamento (relacionadas ou não com doenças orgânicas); desenvolvimento de metodologias de intervenção psicológica preventiva ou terapêutica que favoreçam o desenvolvimento global das crianças (com condições orgânicas e psicossociais adversas ou não); sensibilização do *staff* do serviço para as necessidades emocionais das crianças; intervenção em situações de doenças agudas e crónicas, mediante estratégias que reduzam o stress em procedimentos médicos; promoção da saúde e desenvolvimento psicossocial dentro e fora de instituições, estruturas ou serviços médicos infantis, sejam creches, escolas ou na comunidade (Menezes, Moré, & Barros, 2008).

Segundo Viana e Almeida (1990, cit. por Fonseca, 1998), os objetivos fundamentais relacionam-se com a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde numa abordagem comportamental; compreensão dos problemas psicológicos e da saúde numa perspetiva desenvolvimentista; planeamento de intervenções com crianças em situação de risco; colaboração nos tratamentos, recuperação e apoio à criança doente e sua família; e participação na investigação aplicada dos fatores psicossociais associados à saúde e doença.

A intervenção do psicólogo pediátrico pode ser caracterizada em três níveis principais: a) prevenção primária e promoção da saúde, transmitindo à população

conhecimentos promotores de comportamentos saudáveis, intervindo principalmente nos fatores e estilos de vida de risco, aumentando a probabilidade do bem-estar infantil e da sua saúde futura; b) prevenção secundária, a qual aborda a criança doente, onde a interdisciplinaridade irá permitir uma intervenção em várias frentes, contemplando e potenciando os tratamentos médicos; c) prevenção terciária, focando a superação de efeitos adversos da doença, evitando ou diminuindo a probabilidade de possíveis recaídas e efeitos secundários indesejados (Fonseca, 1998).

A prevenção por sua vez deverá ser dirigida a três grupos-alvo: a) pais/cuidadores, por intermédio da criação de grupos informativos, de treino e apoio; edição de manuais e guias com princípios fundamentais e de aplicabilidade quotidiana, revelando o desenvolvimento infantil normativo e estratégias dirigidas a problemáticas associadas; b) crianças em situação de risco, ao nível da avaliação e intervenção precoce; c) desenvolvimento das competências sociais das crianças em geral (Mesibov & Jonhson, 1982 cit. por Viana & Almeida, 1998).

O papel do psicólogo pediátrico organiza-se em modelos de consultas, alguns autores referem 3, outros 4 (Pires, 1998). Olson, Mullins, Chaney, e Gillman (1994, cit. por Fonseca) reportam-se a 4 modelos: 1) consultoria, na qual o técnico fornece ao pediatra ou outros técnicos da equipa, informações relevantes acerca dos aspetos psicológicos e emocionais do paciente ou da doença; 2) consulta independente, que resulta do pedido do pediatra, onde o técnico observa a criança e avalia aspetos específicos do seu funcionamento (e.g. desenvolvimento psicomotor e cognitivo); 3) consultas de subespecialidade, onde o psicólogo colabora para um melhor planeamento de intervenções terapêuticas incidindo nos fatores psicológicos e adaptativos da criança e da família, focando o equilíbrio na desestabilização provocada pela doença; 4) apoio psicológico, dirigido à criança e familiares perspetivando a intervenção breve e de fases

distintas que acompanham a evolução da doença (e.g. crise emocional perante o diagnóstico, preparação para o internamento, hospitalização ou reabilitação).

Pires (1998), acrescenta um modelo de consulta pouco descrito na literatura - consultas padrão - cujo objetivo incide na observação e avaliação de casos escolhidos perante um determinado critério (e.g. todas as consultas pediátricas do 7º dia; consultas do primeiro mês em casos de asfixia perinatal grave; primeira consulta de desenvolvimento da criança num dado serviço independentemente da idade).

Teorias do desenvolvimento e suas contribuições

Por meio de uma observação cuidadosa, os desenvolvimentistas procuram descrever o comportamento das pessoas em diferentes idades/fases, considerando o desenvolvimento normativo (padrões típicos de mudança) e desenvolvimento ideográfico (variações individuais associadas). Descrições adequadas permitem explicar e especificar essas alterações, almejando em última análise otimizar o desenvolvimento, auxiliando por exemplo, crianças com dificuldades de aprendizagem, emocionais ou sociais (Shaffer, 2005).

Entre as várias teorias do desenvolvimento, têm-se perpetuado três temas de debate: a dualidade *nature/nurture*, i.e., a discussão que procura compreender como é que as forças biológicas e ambientais atuam e interagem entre si para fazerem de nós aquilo que somos (Sigelman & Ridel, 2009). Em segundo, a questão da atividade/passividade, num extremo dir-se-ia que a criança contribui ativamente para o próprio desenvolvimento, do outro, que a criança é um recipiente vazio influenciado inteiramente pelo ambiente em que vive. Por último, a discussão continuidade versus descontinuidade. A primeira defende que o desenvolvimento ocorre aos poucos, isento de mudanças bruscas (as mudanças são tidas como qualitativas, à medida que a pessoa se desenvolve os comportamentos tornam-se mais eficientes e consistentes); a segunda

contrapõe que o caminho para a maturação se dá por estágios, mudanças significativas de carácter quantitativo que conduzem a criança a um novo e mais avançado nível de funcionamento (Miller, 2011; Shaffer, 2005).

No início do século XXI, o impacto cumulativo das diferentes visões permitiu uma compreensão contemporânea do tema. Hoje, o processo central do desenvolvimento integra as diferentes ideias e variáveis em relações recíprocas e interações dinâmicas organizadas em múltiplos níveis (Lerner, Easterbrooks, & Mistry, 2003). A perspectiva holística do desenvolvimento, talvez a mais dominante na atualidade, entende a pessoa como ser físico, cognitivo e psicossocial, em que cada uma das dimensões afeta e é afetada pelas outras (Shaffer, 2002).

O processo de desenvolvimento incorpora dois conceitos principais, maturação, a qual implica uma evolução interna do organismo característica da espécie, mudanças desenvolvimentais no corpo ou no comportamento que resultam de processos de envelhecimento; e aprendizagem, i.e. mudanças relativamente permanentes nas atividades motoras ou mentais de um organismo (comportamento) que resultam da interação com o meio (experiência prática) (Shaffer, 2005; Troadec & Clara, 2009).

Assim, o desenvolvimento humano pode ser definido como mudanças contínuas e sistemáticas (ordenadas, padronizadas e relativamente duradouras) na estrutura, pensamento e comportamento da pessoa, resultantes da interação entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais, com início na concepção e ocaso na morte, evoluindo ao longo de toda a vida (Sigelman & Ridel, 2009; Tavares et al., 2007).

As teorias dos sistemas do desenvolvimento oferecem a oportunidade para se pensar nos múltiplos *inputs* que moldam o desenvolvimento, e seus resultados, nos domínios da saúde mental, realização pessoal e socialização, descrevendo também os princípios gerais segundo os quais os diversos contextos influenciam esses resultados.

Neste sentido, a intervenção com crianças envolve a reorganização dos *inputs* contextuais para que se atinjam os resultados desejados (Pianta, 2001).

As perspectivas desenvolvimentistas têm sido as que mais base fornecem à psicologia pediátrica, quer na exploração e compreensão da relação entre a saúde física e psicológica, quer no bem-estar infantil e adolescente, considerando o contexto familiar/cuidadores, o sistema de saúde, as escolas e comunidades, e seus efeitos recíprocos (Menezes, Moré, & Barros, 2008).

A teoria do desenvolvimento *life-span* ou ciclo de vida tem sido uma importante fundação na prática da psicologia clínica infantil e na psicologia pediátrica (Spirito, Brown, D'Angelo, Delamater, Rodrigue, & Siegel, 2003), contribuindo com o estudo das características e processos comuns a cada grupo etário; do mesmo modo, a teoria sociocognitivista, tem contribuído na compreensão de como é que se relacionam as mudanças ao longo do desenvolvimento, com a capacidade da criança interpretar e compreender as suas experiências (Barros, 2003).

Perspetiva do desenvolvimento life-span

Existem várias maneiras de se perspetivar as fases do desenvolvimento humano. A idade por exemplo funciona como um indicador bruto do estado do desenvolvimento, sendo que a forma de ser encarada difere de cultura para cultura e de subcultura para subcultura. Tal significa que cada contexto social e cultural estabelece: 1) fase etária, pelo que trata cada grau de forma diferente, sendo-lhe atribuído um dado estatuto, papel, privilégios e responsabilidades. Quando os graus estão socialmente estabelecidos, a sociedade define o que cada pessoa deveria fazer e não fazer em cada grau, estabelecendo assim 2) as normas da idade. Estas normas funcionam como um relógio social influenciando as escolhas das pessoas em cada fase etária e a sua adaptabilidade e ajustamento perante as transições de vida (Sigelman & Rider, 2009).

Um exemplo de Elder e Shanahan (2006, cit. por Sigelman & Rider, 2009) reporta-se às crianças de classes sociais mais desfavorecidas, as quais tendem a assumir o papel de adultos mais cedo que os extratos sociais mais favorecidos, pelo que as primeiras tendem a começar a atividade profissional, a casar e a ter filhos mais cedo.

Sigelman e Rider (2009, p.5) simplificam a ideia geral em: “*Devemos encarar o desenvolvimento no seu contexto histórico, cultural, e subcultural*”. Cada grupo social estabelece as suas próprias definições de ciclos de vida, com suas fases etárias, normas de idade, pelo que diferentes grupos experienciam o desenvolvimento de diferentes maneiras.

A perspetiva do desenvolvimento life-span inclui o conhecimento do desenvolvimento e do comportamento típico da infância, idade pré-escolar, idade escolar, adolescência, adultos e velhice velhos dentro dos seus contextos ecológicos (família, escola, comunidade e cultura) (Spirito et al., 2003), tornando-se fundamental conceptualizar a pessoa em mudança em contextos ambientais multifacetados, também estes em constante mudança (Sigelman & Rider, 2009).

Perspetiva bioecológica de Bronfenbrenner

A teoria bioecológica de Bronfenbrenner encara a pessoa em desenvolvimento, com as suas próprias características genéticas, biológicas e psicológicas, inserida numa série de sistemas ambientais. Estes sistemas interagem entre si e com a pessoa (numa relação recíproca) ao longo do tempo, influenciando a modelação do seu desenvolvimento (Shaffer, 2005).

Bronfenbrenner (1979) almeja a pessoa como um ser dinâmico, em crescimento, e em interação recíproca com o meio, i.e., a pessoa move-se progressivamente para dentro do meio reestruturando-o, e vice-versa, o que requer um processo de acomodação mútuo.

O ambiente definido como relevante para os processos do desenvolvimento não se restringe a uma única configuração imediata, incorporando as interligações entre as várias configurações existentes, não excluindo as influências externas que emanam a partir de contextos envolventes mais latos. *“O ambiente ecológico é concebido como um ninho de estruturas, cada uma inserida na seguinte, como um conjunto de bonecas russas”* (Bronfenbrenner, 1979, p.3).

Em cada um dos sistemas (configurações, estruturas ou contextos), a criança é iniciada em atividades típicas, tece relações com as pessoas e começa a desempenhar funções sociais. Cada sistema representa um modo de vida e compreende determinadas experiências, as quais ao longo do desenvolvimento a pessoa procura interligá-las de forma harmoniosa. Os dois contextos que têm uma influência mais precoce na criança são a família e a escola (Perinat, Lalueza, & Sadurní, 2007).

Bronfenbrenner caracteriza cinco sistemas principais na sua teoria: 1) microssistema, que representa a camada mais íntima, correspondendo aos contextos quotidianos imediatos em que a pessoa vive e experiencia um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais específicas (no caso da maioria das crianças corresponde à família, escolas e grupos de pares). São contextos dinâmicos em que cada pessoa que lhe pertence influencia e é influenciada por estes. 2) Mesossistema (um sistema de microssistemas), que consiste nas interligações entre os diversos microssistemas interdependentes. Já que estas são decisivas tanto para o desenvolvimento como para as ações que podem ocorrer em cada microssistema. O desenvolvimento tende a ser otimizado ou prejudicado consoante as relações entre os microssistemas (e.g. a qualidade da vida familiar afeta a qualidade da vida escolar). 3) Exossistema, a terceira camada ambiental, refere-se às ligações entre dois ou mais contextos, em que pelo menos num dos quais a criança não está inserida, mas que a afeta diretamente (e.g. o

efeito das condições de trabalho dos pais nos pais, podem influenciar a forma como ao fim do dia lidam com a criança). 4) Macrossistema, representado pelo contexto cultural, subcultural ou classe social em que a criança se insere e no qual se inserem as primeiras, segunda e terceira camadas ambientais. O macrossistema é definido pelos padrões culturais, valores, normas, leis vigentes, pelos costumes e valores morais, crenças dominantes e ideologias, pelo grau de desenvolvimento tecnológico e pela situação económica do macrossistema específico (Bronfenbrenner, 1979; Palácios, 2004; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Bronfenbrenner introduziu ainda o conceito de cronossistema para reforçar a ideia de que as mudanças na pessoa e seus contextos ambientais ocorrem ao longo do tempo, desenrolando-se em padrões específicos ou sequenciais ao longo da vida da pessoa (Sigelman & Rider, 2009). Neste conceito estão incluídas a influência das mudanças ou estabilidade, normativas ou não, na criança e no meio, e.g., alterações na estrutura familiar, local de residência, emprego dos pais, ou mudanças mais abrangentes como guerras ou ciclos económicos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Perspetiva sociocognitiva de Bandura

A teoria de Bandura veio contrapor as teorias da aprendizagem de Watson e Skinner que defendiam que a aprendizagem resultava unicamente da força do contexto ambiental (Shaffer, 2005). Bandura acreditava que o ser humano, enquanto ser cognitivo, seria ativo no seu desenvolvimento, e que a criança/pessoa aprenderia mais por imitação (aprendizagem por observação) do que propriamente pela ação de reforços ou punições externas, embora também as incluía no modelo (Crain, 2005).

Hoje, a aprendizagem por observação é considerada um dos mecanismos de socialização mais poderosos. A criança observa o que o outro (modelo) faz e depois imita, aprendendo algo que antes não sabia fazer. À medida que a criança cresce, a

capacidade para imitar aumenta (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011). Os teóricos da aprendizagem social têm demonstrado como o comportamento não é apenas influenciado por modelos pessoais ou vivos e reais, mas também por aqueles presentes nos *media*, com grande relevância consoante a identificação pessoal para com determinadas características da personagem (Crain, 2005).

Deste modo, a criança processa as informações ativamente relacionando o seu comportamento com as suas consequências, tornando-se maioritariamente influenciada pelas expectativas que tem acerca da ação. Bandura explica que este processo também ocorre por observação, a criança aprende não só como fazer mas constata as consequências de um dado comportamento no próprio modelo – reforço vicariante (Shaffer, 2005).

Em suma, para que se possa reproduzir um comportamento, é necessário prestar atenção ao modelo, reter a informação observada por meio de uma forma simbólica, e deter as capacidades motoras propícias à sua reprodução. Se estas condições se encontrarem, a criança (ou qualquer pessoa) poderá imitar o modelo, embora possa não o fazer pela influência das punições passadas, recebidas ou observadas. Este processo de aprendizagem é teorizado como uma modelação abstrata, ao invés de percebida num contexto rígido e exato, embora tal também ocorra. Ou seja, uma criança poderá imitar um comportamento diretamente observado noutra criança, contudo, a teoria de Bandura acrescenta que além da aprendizagem exato do comportamento, também são aprendidas algumas regras e princípios por detrás de tal comportamento, possibilitando a sua generalização em situações semelhantes (Crain, 2005).

À medida que a criança cresce, depende cada vez menos da influência da observação, reforços e punições externas, aumentando a sua competência para a autorregulação comportamental. Após a aquisição de padrões externos, a criança

começa a adotar cada vez mais os seus próprios padrões, punindo-se e recompensando-se de acordo com esses padrões (Bandura, 2002).

Quando começamos a regular/modelar o nosso comportamento, concomitantemente tendemos a avaliar as nossas capacidades em função dos nossos padrões e objetivos atingidos, pelo que consideramos saber mais disto e menos daquilo, ou ser melhor numa tarefa do que noutra – noção de autoeficácia percebida (Crain, 2005). Esta seria influenciada pelas crenças nas próprias capacidades para organizar e executar um curso de ações necessárias para se produzir um dado resultado. Quanto mais a pessoa acredita nas suas capacidades mais tenderá a persistir na tarefa, trabalhando com menos energia e com maior probabilidade de desistir quando a percepção da autoeficácia é baixa (Bandura, 2002).

Bandura sugeriu 4 fontes de informação que influenciam a apreciação da autoeficácia: 1) desempenho atual, a mais preponderante das quatro. A repetição bem-sucedida numa tarefa promove uma percepção de autoeficácia cada vez mais favorável à pessoa, já que perante uma falha a pessoa tenderá a atribuir tal à falta de esforço ou a táticas fracas, tentando novamente. Superando esse desafio a autoeficácia crescerá ainda mais. O fracasso repetido numa dada tarefa terá o efeito inverso. 2) Experiência vicariante, a observação de um modelo ser bem-sucedido com um comportamento, sustenta a crença da autoeficácia para a realização do mesmo, isto é tanto mais verdadeiro maior for a crença de que se está na posse das habilidades necessárias. 3) Persuasão verbal, quando por meio da argumentação um terceiro convence a pessoa de que consegue desempenhar uma determinada tarefa, normalmente tende a aumentar o índice de autoeficácia e por conseguinte o sucesso na obtenção do objetivo pretendido. 4) A interpretação que fazemos das nossas pistas psicológicas. Exemplificando com o seguinte cenário: duas pessoas perante o desafio de uma prova poderão interpretar a

ansiedade de forma distinta. Uma crê sentir-se demasiado ansiosa e tensa para conseguir superar o desafio, a outra poderá considerar que os seus níveis de adrenalina estão a fluir no organismo, capacitando-a para que dê o seu melhor (Crain, 2005).

Porque a modelação tem um forte impacto no comportamento, torna-se uma fonte terapêutica significativa. Bandura acreditava que independentemente da técnica utilizada com uma pessoa no sentido de se tratar uma fobia, o tratamento teria melhores resultados se fosse dada à pessoa o sentimento de que ela tem a capacidade para lidar com o estímulo temido (idem).

Perturbação associadas ao desenvolvimento

Como foi anteriormente referido, o presente estágio incidiu maioritariamente em avaliações de dificuldades de aprendizagem e avaliações do desenvolvimento. Num segundo plano, focou o acompanhamento de crianças com dificuldades do foro emocional, social e relacional.

Neste sentido e visto ser necessário para o relatório a inclusão e exploração de dois estudos de caso de forma mais exaustiva, optou-se por integrar um estudo de caso representativo das avaliações de dificuldades de aprendizagem (ainda que cada caso seja intrinsecamente diferente de outro), e um estudo de caso representativo não das implicações que mais ocorrem à consulta, mas da valência de acompanhamento psicológico contemplada pela mesma. Assim, será para este último, explanado um caso de medos e ansiedade com implicações significativas para a criança e familiares.

Deste modo, torna-se pertinente e essencial contemplar no enquadramento teórico uma descrição do que são e quais as implicações das dificuldades de aprendizagem; bem como considerar a ansiedade e o seu impacto na criança e família.

Como se pretende espelhar a vertente holística que cada caso encerra, será feita a tentativa de incorporar na secção, algumas especificidades familiares, pontuais que

participam da dinâmica conceptual das dificuldades de aprendizagem, das problemáticas do foro da ansiedade, que serão abordadas e contempladas na singularidade própria de cada estudo de caso.

Perturbação de aprendizagem específica

As dificuldades de aprendizagem afetam cerca de 2% a 3% da população em geral, sendo mais comum entre as crianças (Mawson, 2012). Nos vários domínios das perturbações de aprendizagem específica (PAE) a prevalência nas crianças de diferentes línguas e culturas situa-se entre 5% e 15% (APA, 2013). Na Índia e.g., as perturbações de aprendizagem atingem cerca de 2% a 10%, das quais 80% são representadas pela dislexia (Sahoo, Biswas, & Padhy, 2015). Já na população de estudantes portugueses estima-se que entre 5% a 10% tenham alguma dificuldade de aprendizagem específica, numa proporção de 3 rapazes para cada rapariga (SEI – Centro de Desenvolvimento e Aprendizagem, 2015).

A atenção para com as dificuldades de aprendizagem remontam ao início do séc. XIX (Peixoto, 2008), mas foi nos anos 60 pelas definições de Kirk (1962) e Bateman (1965) que se estruturou o campo oficial de estudo da problemática (Correia, 2007).

Após décadas de debates e definições acerca do que são e de como se manifestam as dificuldades de aprendizagem, Correia (2007) sugere uma definição na tentativa de integrar e esclarecer a terminologia. Assim, sugere que as perturbações de aprendizagem específicas dizem respeito a uma condição neurológica ao nível do processamento da informação – receção, integração, retenção e expressão – considerando as capacidades da criança e o conjunto das suas realizações. Deste modo, as PAE podem manifestar-se nas áreas da fala, leitura, escrita, matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices de carácter temporário ou transitório que implicam problemas de memória, percetivos, motores, de linguagem, de pensamento

e/ou metacognitivos. A definição exclui a possibilidade de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais funcionarem como causa primária para as PAE, embora possam ocorrer em concomitância. As PAE para além de afetarem as áreas académicas, são suscetíveis de na maioria dos casos causarem implicações na interação do indivíduo com o seu meio ambiente (socialização), já que surtem impacto na organização das suas aptidões, perceção de situações e atitudes em termos sociais.

O Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5^a ed.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2013) classifica as perturbações da aprendizagem específica na categoria das perturbações do neurodesenvolvimento, com uma definição em muito semelhante com a de Correia (2007). Estas têm origem biológica como base em anomalias cognitivas, e caracterizam-se pela dificuldade em aprender e utilizar as capacidades académicas quer ao nível da leitura, compreensão, soletração, da expressão escrita, e do raciocínio matemático; e afetam os resultados académicos da criança ficando substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a sua idade cronológica. As PAE não são melhor explicadas por incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua da instrução académica ou instrução educacional adequada.

Entre algumas das características associadas às PAE estão a baixa autoestima, desmoralização, défice nas habilidades sociais, abandono escolar, dificuldades no emprego e no ajustamento social (Sahoo, Biswas, & Padhi, 2015).

As PAE encontram-se também frequentemente associadas com outras perturbações psicológicas (APA, 2013; Mawson, 2012). Estudos apontam que cerca de

30% das crianças com PAE apresentam problemas do comportamento e emocionais (Sahoo, Biswas, & Padhy, 2015).

Enquanto fatores de risco associados, o DSM-V (2015) releva a prematuridade ou muito baixo peso à nascença, a exposição pré-natal à nicotina, a história familiar de dificuldades de aprendizagem, indicando o papel combinado de fatores genéticos e ambientais.

As competências necessárias à aprendizagem são normalmente desenvolvidas em casa para depois serem aperfeiçoadas na escola, pelo que em parte, a autoimagem da criança depende do sucesso escolar. Uma vez que o rendimento escolar também afeta a imagem que os pais têm dos filhos, as dificuldades de aprendizagem tendem a afetar a criança em idade escolar negativamente na dimensão emocional, social e vida familiar (Mawson, 2014), criando sentimentos de ansiedade, inadequação e vergonha, que muitas vezes conduzem a distúrbios do comportamento (Sahoo, Biswas, & Padhi, 2015).

O prolongado insucesso escolar sem os devidos apoios para que se possam colmatar e superar as DAE, incorrem na maioria dos casos em abandono escolar (Correia, 2007), pelo que passam a fazer parte da vida da criança, potenciando um ciclo vicioso de fracasso que a expõe a comportamentos de risco no que respeita ao seu desenvolvimento mental sadio (Santa Maria & Linhares, 1999).

Apoios adequados, intensivos e sistemáticos com intervenções focais nas PAE, podem melhorar o quadro clínico, noutros casos pode promover o uso de estratégias compensatórias favorecendo um prognóstico que sem os serviços e atenções especiais se revela pobre (APA, 2013).

É possível que crianças com PAE perante um esforço superem as suas dificuldades de aprendizagem podendo passar despercebidas à sinalização, de igual

forma, crianças que não estudam por falta de interesse ou preguiça poderão ser erroneamente diagnosticadas com PAE (Cunha, Sisto, & Machado, 2006).

Nos serviços públicos de saúde as avaliações de dificuldades de aprendizagem incluem por necessidade a área cognitiva, pelo que seguem habitualmente uma abordagem psicométrica. No entanto, além do conhecimento do funcionamento cognitivo é importante a compreensão do padrão de adaptação afetivo e social, das habilidades psicolinguísticas e do desempenho em tarefas que apelem para as capacidades académicas, informações que auxiliam num suporte mais adequado permitindo reverter padrões inadequados de funcionamento (Santa Maria & Linhares, 1999).

O diagnóstico e intervenção precoce ao nível das PAE melhora substancialmente a autoconfiança e competência social da criança, proporcionando-lhe mais e melhores oportunidades escolares e futuras aquando no mundo do trabalho (Sahoo, Biswas, & Padhy, 2015).

Perturbação de Ansiedade

A ansiedade corresponde a uma alteração das emoções e dos sentimentos que varia numa amplitude que se inicia na apreensão até há extrema aflição, e está relacionada com a perceção individual e subjetiva de uma ameaça num futuro iminente (Erné, 2000).

Diz respeito a um estado de espírito transitório, um fenómeno normal e natural que num grau moderado tem uma função útil à pessoa, e.g. pode ajudar a aumentar e manter a capacidade de esforço e atividade; ou pode ser experienciada perante o esforço para atingir determinadas metas dentro de limites pré-estabelecidos (Rees, 1974).

A homogeneidade representativa dos medos na infância ao nível do género, nacionalidade, grupos étnicos, religião e estatuto socioeconómico, parecem fortalecer a

ideia de que a ansiedade participa da experiência humana enquanto fenómeno adaptativo e protetor (Last, 2009). É assim entendida como parte do mecanismo biológico de sobrevivência com conotação adaptativa, útil e indispensável (Barlow, 2002).

Já as perturbações da ansiedade são caracterizadas por medos (respostas emocionais perante uma ameaça iminente real ou percebida), e ansiedades (que correspondem à antecipação de uma ameaça futura), expressos com excessivas alterações comportamentais relacionadas. Pelo que diferem do medo ou da ansiedade do desenvolvimento normativo por, além de excessivas, persistirem para lá dos períodos adequados do desenvolvimento (APA, 2013).

Para a maioria das crianças, vários dos medos experienciados enquadram-se no desenvolvimento normal infantil (Barrett, Rapee, & Dadds, 1996). Por exemplo, a criança até aos dois anos experiencia ansiedade de separação; de estranhos e novos estímulos. Dos dois aos três anos é comum o medo de pequenos animais e do escuro; com 5 anos é mais usual o experienciar de medo e ansiedade para com pessoas “más” e ferimentos corporais; com seis anos, o medo de seres sobrenaturais e de dormir sozinha; dos sete aos oito o medo mais predominante encontra-se relacionado com acontecimentos relatados nos meios de comunicação social; etc. (Last, 2009; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Porém, estes podem adquirir uma intensidade e persistência que dificultam o apreciar das atividades características da idade (Barrett, Rapee & Dadds, 1996), e o bem-estar geral da criança penetrando assim no espectro do patológico (Rees, 1974).

A ansiedade apresenta uma vertente psicológica e uma vertente somática, na primeira uma emoção desagradável traduz-se na sensação subjetiva de mal-estar e tensão interior que condiciona a sua atenção numa preocupação consigo ou com os

outros quanto à possibilidade de um evento negativo. Na segunda, a ansiedade tende a expressar-se numa variedade de sintomas somáticos ao nível cardíaco, respiratório, digestivo, sexual e neuromuscular, que por sua vez poderão eles mesmos funcionar como indutores de maiores índices de ansiedade (Fisher & Tarquinio, 2006).

Cynthia Last (2009) foca o impacto da ansiedade em 3 dimensões distintas, envolve sentimentos desagradáveis (e.g. estar tenso, nervoso, irritável); manifesta-se através de sintomas físicos (e.g. ritmo cardíaco acelerado, palpitações cardíacas, tonturas) podendo incluir vícios nervosos (e.g. roer as unhas, estalar os nós dos dedos), comportamentos perfeccionistas e/ou comportamentos repetitivos; e por fim, a sua implicação na atividade mental sob forma de preocupações, pensamentos perturbadores ou catastróficos.

As manifestações de medos e ansiedades podem resultar em inibição comportamental, identificada como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações da ansiedade na infância. A inibição comportamental pode definir-se como, a tendência da criança para exibir uma disposição psicológica e comportamental restritiva perante novas situações, tornando-se lenta na abordagem destas, mantendo-se mais próxima da mãe (ou figura parental), apresentando maiores demonstrações de sofrimento, aflição e evitamento para com circunstâncias não familiares ou desafiantes (Shamir-Essakow, Ungerer, Rapee, & Safier, 2004).

Outro fator participante na perceção das ameaças é a noção de controlo (capacidade individual para influenciar eventos e consequências no próprio ambiente, principalmente aqueles relacionados com reforços positivos e negativos), a qual tem sido relacionada com a ansiedade em termos de previsibilidade e autoeficácia. A literatura suporta que crianças clinicamente referenciadas por problemas de ansiedade tendem a apresentar uma baixa perceção de autocontrolo sobre os eventos externos

relacionados com a ansiedade, e sobre as reações internas derivadas da ansiedade (Chorpita & Barlow, 1998; Weems, Silverman, Rapee, & Pina, 2003).

Muitas das perturbações de ansiedade desenvolvem-se na infância inclusive, estudos epistemológicos têm demonstrado repetidamente que são das mais prevalentes na população infantil, constituindo um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias na adolescência e idade adulta quando não tratadas atempadamente (APA, 2013; Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Hirshfeld-Becker, et. al, 2008; Last, 2009; Rapee, Abbott & Lyneham, 2006).

No geral, a estatística aponta para uma prevalência nas crianças em idade escolar de 8% a 20% (Barrett, Rapee & Dadds, 1996; Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

Segundo Bowlby (1987, cit. por Ollendick & Benoit, 2012) as primeiras experiências interpessoais na relação de vinculação entre pais e filhos são predictoras de diversas psicopatologias futuras na criança. De facto, a pesquisa tem indicado inclusivamente que mais de 80% dos pais de crianças com perturbação de ansiedade exibem sintomas de ansiedade significativos (Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

Até à atualidade vários modelos do desenvolvimento têm referido a importância específica da interação pais-filho, a maioria dos quais sugere as estratégias parentais tipificadas como superprotetoras e excesso de controlo como as mais preponderantes para o aumento dos níveis de ansiedade na criança (Kennedy & Rapee, 2010; Ollendick & Benoit, 2012; Rapee, 2012). Também Shamir-Essakow, Ungerer, Rapee, e Safier (2004) num levantamento empírico encontraram uma associação entre a inibição comportamental com variáveis como a superproteção parental, o excesso de controlo, uma menor permissão para a autonomia psicológica, e falha na estimulação de opiniões independentes.

Last (2009) releva a aprendizagem por observação; o reforço do medo e da fuga, a visão parental ansiosa do mundo; o estilo de educação superprotetor e o estilo de educação supercrítico como fatores precipitantes para o desenvolvimento perturbações de ansiedade infantil.

Já Fisak e Grills-Taquechel (2007) examinaram o potencial papel da aprendizagem através dos pais no desenvolvimento da ansiedade nas crianças tendo identificado os três mecanismos mais estudados nesta área: modelação parental, transferência de informação e reforço parental de comportamentos ansiosos/evitantes.

A modelação parental largamente abordada segundo a perspetiva da aprendizagem social de Bandura, sugere que comportamentos ansiosos e de evitamento são adquiridos fundamentalmente por meio da aprendizagem vicariante aquando da demonstração parental de sinais de medo (e.g. tremores, hiperventilação) diante situações stressoras, da expressão da sua própria ansiedade, seus pensamentos ansiosos, e/ou comportamentos evitantes na frente dos filhos. Principalmente se cumulativamente é negada à criança a oportunidade de aprender respostas alternativas. Com o tempo, a criança tende a imitar tais comportamentos, incorporando-os na sua aceção do mundo (Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Rapee, 2012).

A transferência de informação reporta-se à comunicação de mensagens (de pais para filhos) em matéria de segurança, bem-estar e situações que devem ser evitadas devido ao perigo potencial. Ainda que a intenção seja proteger a criança, os pais poderão tender a comunicar um nível de perigo que excede a ameaça real (Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

O reforço é caracterizado pela ação parental na assistência, suporte e reforço da ansiedade, bem como de comportamentos evitantes (e.g. removendo a criança de estímulos stressores, encorajando ou permitindo o evitamento de certas situações ou

responsabilidades, e/ou reduzindo o stress com tratamentos especiais) (Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Kennedy & Rapee, 2010; Last, 2009).

O inverso também se verifica, Degnan et al., (2010, cit. por Ollendick & Benoit, 2012) sugerem que pais que utilizam estratégias de suporte e orientação dos filhos na participação social e que abordam e valorizam novas situações estão mais propícios a proteger os seus filhos da inibição comportamental.

Na verdade, a investigação parece revelar uma relação bidirecional quando se associa superproteção e excesso de controlo parental com a ansiedade infantil. Teoriza-se a possibilidade de que o temperamento da criança ansiosa ou inibida suscita nos pais um espírito de maior sacrifício e superproteção. Dados corroboram a tese de que a perceção parental acerca da inibição e timidez das suas crianças prediz um estilo parental superprotetor (Kennedy & Rapee, 2010).

Pais de crianças inibidas talvez percecionem a grande vulnerabilidade dos filhos, tornando-se mais ansiosos quando os filhos se assustam ou magoam, resultando num limitar da independência da criança restringindo as suas atividades numa tentativa de os proteger dos perigos (Shamir-Essakow, Ungerer, Rapee, & Safier, 2004).

A superproteção como primeiro momento parece predizer a ansiedade num segundo, já a ansiedade num primeiro tende a predizer a superproteção como consequência (Rapee, 2012).

O impacto da família e da doença na criança e seu prognóstico

As crianças são especialmente vulneráveis às perturbações, pelo que os eventos na infância e no contexto familiar poderão fortalecer as suas competências para um desenvolvimento saudável, ou conduzi-las a adoção de comportamentos autodestrutivos, com fracas capacidades para estabelecerem relacionamentos saudáveis (Passey, 1994).

De facto, os problemas de saúde infantil, e suas consequências psicológicas são, em grande parte, o efeito de excessos ou deficiências nas atitudes dos adultos (Barros, 2003).

Seja como for, perante a doença infantil a família sofre alterações na sua estrutura prévia à doença, ao nível das rotinas, regras, hábitos e papéis (Pereira, 2001). Mas não só a doença de uma criança é reconhecida como forte implicante em alterações na estrutura familiar, também o é o nascimento de um primeiro bebé no agregado o que acarreta enormes transformações na vida de um casal. No entanto, o que tem sido pouco considerado nas pesquisas empíricas é o impacto do nascimento de um segundo bebé (Szabó, Dubas, & Aken, 2012).

Segundo Oliveira e Lopes (2010), o nascimento de um segundo filho representa também um período de ajustamento com implicações emocionais para o primogénito e para os pais, com impacto nas relações dinâmicas entre pai-mãe-filho, principalmente na rotina de cuidados que a mãe despende com o filho mais velho, já que tende a despende mais tempo com o bebé. Como consequência, observam-se alterações no desenvolvimento cognitivo e socioemocional do primogénito, constatando-se um declínio do apego seguro do filho mais velho após o nascimento do irmão.

Deste modo, a cooperação e coordenação parental não só exige ajustes no trato com o primeiro filho e o desenvolvimento de nova cooperação e coordenação com o segundo, como intrinsecamente evoca o desafio de uma nova aplicação do comportamento parental, a gestão da dinâmica entre filhos (Szabó, Dubas, & Aken, 2012).

Intervenção psicológica

Existem sólidas evidências empíricas quanto à eficácia dos resultados das intervenções psicológicas junto da população pediátrica e na sua adoção de comportamentos protetores da saúde (Ernst et al., 2013).

Contudo, o psicólogo terá de ter presente que no trabalho psicológico com crianças e adolescentes, embora seja responsável perante estes, é principalmente responsável para com os pais/cuidadores, e a escola, caso o encaminhamento tenha sido feito através desta. (Wolff, 1999).

Avaliação psicológica

A avaliação é um momento decisivo na prática psicológica (Gonçalves, Simões, Almeida, & Machado, 2003), caracteriza-se pela *“atividade científica e profissional que consiste em recolher, integrar e avaliar dados, acerca de um sujeito, com recurso, sempre que possível, a diferentes fontes, de acordo com um plano estabelecido previamente, de modo a responder às questões colocadas”* (Ribeiro, 2007, p.17).

Consiste na arte e ciência por meio da qual se utilizam testes psicológicos e ademais fontes de informação na procura de uma resposta por detrás de um comportamento humano (Goldfinger & Pomerantz, 2010).

Corresponde a uma apreciação ou estimação de uma magnitude representativa de um ou mais atributos de uma pessoa, envolvendo observações, entrevistas, *checklists*, inventários, testes projetivos e outros tipos de testes psicológicos. Representa um processo subjetivo, no qual o avaliador tem de comparar e combinar dados de diferentes fontes, que por vezes apresentam informações contraditórias, chegando a uma previsão com base numa *gestalt* complexa de dados (Gregory, 2004).

Pais Ribeiro (2007, p.18), citando Meyer et al., (2001) lembra que a avaliação é um processo complexo que exige conhecimento aprofundado de métodos e recursos.

“Qualquer avaliação simples fornece uma representação parcial ou incompleta das características que se propõe medir” e que *“no mundo da psicologia clínica aplicada, não é fácil obter informação sobre os doentes que seja precisa, ou consensual”*. Pelo que as conclusões obtidas poderão variar dependendo do técnico que conduz a avaliação (Goldfinger & Pomerantz, 2010).

Assim, a própria conjuntura e o entendimento idiossincrático que o psicólogo tem acerca desta, tornam cada caso único, pelo impacto que exercem na escolha dos procedimentos avaliativos, na relação entre técnico e a pessoa, na interpretação dos resultados, conclusões e no relatório final (idem).

Para prevenir o enviesamento dos resultados avaliativos, o técnico deverá ter em consideração o trabalho de construção mais conceptual do caso para a escolha dos instrumentos, sem introduzir testes psicológicos de forma precipitada, mas antes, introduzi-los sim de forma sistemática e mediante uma reflexão aprofundada (Gonçalves, Simões, Almeida, & Machado, 2003)

A avaliação psicológica nos contextos médicos é considerada uma adequada ferramenta auxiliar ao diagnóstico médico, diagnóstico diferencial, influenciando a escolha de tratamentos necessários e visão prognóstica (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005).

São vários os caminhos pelos quais as pessoas podem ser referenciadas a uma avaliação psicológica. Crianças e adolescentes são frequentemente referenciados por professores do ensino regular ou ensino especial, pelos próprios pais, ou mesmo pelos pediatras por preocupação com a saúde mental, comportamental, desenvolvimental ou problemas de aprendizagem (Goldfinger & Pomerantz, 2010).

Neste sentido Fernández-Ballesteros et al., (2001) apresentam pré-requisitos para uma avaliação psicológica à classe etária infantil e adolescente. A avaliação por meio de

testagem começa quando o paciente teve tempo para se habituar ao contexto e ao avaliador, e quando está disposta a participar. A avaliação deverá dar relevância à perspetiva multidisciplinar, pelo contributo de pontos de vista adicionais para o diagnóstico e possíveis soluções; à variedade de informantes para o caso (e.g. pais, pares, professores e o próprio paciente); deverá contemplar a avaliação das interações e dinâmicas entre os diferentes membros da família; e dos relacionamentos com os pares. O psicólogo deverá atentar para a qualidade das características psicométricas dos instrumentos a utilizar; o comportamento da criança deve ser analisado considerando o contexto cultural em que ocorre, para melhor se compreender até que ponto o comportamento é aceite ou não, e se a sua frequência e intensidade são relevantes.

Os mesmos autores acrescentam que o contacto inicial com a criança é muito importante, mesmo não havendo um protocolo definido de abordagem da primeira entrevista, a idade da criança deve ser considerada para a forma de atuação. E.g. dos 0 aos 3 anos o contacto inicial deverá ser primeiramente com os pais/cuidadores, estando presentes também no primeiro momento em que a criança é avaliada; crianças dos 7 aos 12 anos deverão ser informadas de forma clara e precisa, pelos familiares acerca da avaliação dias antes de ocorrer, estimulando a criança a expor dúvidas ou receios relacionados com a mesma, etc.

Goldfinger e Pomerantz (2010) apresentam um modelo de avaliação psicológica que se enquadra em muito nos procedimentos aplicados pela consulta de avaliação psicológica nas consultas externas da pediatria do HSFX. Primeiro surge o encaminhamento há consulta de avaliação psicológica, o psicólogo que fica com o caso faz a análise do contexto e acede há queixa e motivo do encaminhamento (primeira sessão); avalia os dados que serão necessários para se chegar à resposta; recolhe, cota e interpreta os dados; retira conclusões; e elabora um relatório procedendo à devolução do

mesmo a quem fez o pedido. No final do processo a família é informada dos resultados e recomendações viáveis à continuidade do mesmo.

Outra questão pertinente levantada por Goldfinger e Pomerantz (2010) tem que ver com o motivo do encaminhamento que muitas das vezes é complexo, apresenta camadas múltiplas, ou é simplesmente diferente do que o técnico inicialmente esperava. A compreensão aprofundada acerca do motivo do encaminhamento guia o psicólogo em todas as fases da avaliação, deste a entrevista inicial ao relatório final.

Torna-se necessário distinguir entre a necessidade expressa explicitamente pela pessoa que requer a avaliação, e o verdadeiro motivo por detrás desse pedido (Guillevic & Vautier, 2001). Este é um dos fatores pelos quais a prática terapêutica com crianças, atribui na atualidade, uma importância considerável à avaliação da vida ecológica da criança antes sequer de a intervenção ser planeada (Harper, 1994).

Em suma, o processo de avaliação psicológica infantil deverá considerar a verdadeira natureza da solicitação, as condições do paciente, as características do ambiente da avaliação (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005), passando pela avaliação da estabilidade parental, fatores stressores e protetores do ambiente familiar, e a idade de desenvolvimento da criança (Baum, Revenson, & Singer, 2001).

Acompanhamento psicológico com foco na criança

A psicoterapia de apoio é perspectivada de diferentes formas mas é frequentemente associada à prática clínica com pacientes com perturbações psiquiátricas crónicas e incapacitantes (Bloch, 1999); e com pacientes que sem implicações psiquiátricas, e na maioria das vezes com uma boa rede social, atravessam uma crise, trauma ou desastre, que lhes condiciona ao nível da funcionalidade e capacidade de resposta para lidar com a problemática (Cordioli, Wagner, Cechin, & Almeida, 2008).

No entanto, as diferentes formas de a significar, concordaram que uma das suas características basilares é a de não dispor de um quadro teórico de referência que lhe seja próprio, antes absorve e utiliza técnicas de diferentes escolas e formações na medida da sua necessidade, sendo que pode e é aplicada nos mais variados contextos (Leal, 2005).

Constitui-se como um terapia eclética, cujos objetivos de forma genérica, passam pela implementação e/ou fortalecimento dos mecanismos de defesa da pessoa, promoção do crescimento emocional, redução do desconforto idiossincrático, melhoramento da adaptabilidade ao meio, e aquisição de um maior grau de autonomia (Cordioli et al., 2008; Leal, 2005).

No âmbito do presente relatório de estágio serão destacadas algumas abordagens psicoterapêuticas das quais as técnicas e estagiários da consulta de avaliação psicológica se munem para a realização dos acompanhamentos psicológicos.

Terapia cognitivo-comportamental na infância

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi das primeiras abordagens psicoterapêuticas a debruçar-se sobre os problemas comportamentais e emocionais na infância, como a ansiedade por exemplo (Asbahr & Ito, 2008).

Grande parte dos tratamentos relacionados com a infância e adolescência empiricamente suportados são comportamentais ou cognitivo-comportamentais (Spirito et al., 2003). As estratégias da TCC utilizadas nessa faixa etária são maioritariamente baseadas nas teorias da aprendizagem, enfatizando o uso do pensamento ativo na aquisição de estratégias que a capacitem na resolução dos seus próprios problemas (Asbahr & Ito, 2008).

No trato da ansiedade, no geral, pretende-se ajudar a criança a identificar sentimentos e pensamentos ansiosos, à medida que se ajuda no desenvolvimento de

habilidades para a gestão dos mesmos (Chorpita & Barlow, 1998), procurando modificar padrões de pensamento distorcidos e comportamentos disfuncionais (Asbahr & Ito, 2008).

Para a criança no estágio das operações concretas (dos 7 aos 12 anos) por exemplo, a ideia de que pensamentos positivos e a sua coragem podem vencer ideias de medo, tendem a ajudá-la, motivando-a a uma participação mais ativa e positiva do seu tratamento (Barros, 2003).

Num estudo de Sobel, Roberts, Rayfield, Barnard, e Rapoff (2001), a TCC de curta duração (1 a 14 sessões) demonstrou ser eficaz na mudança terapêutica e na redução de sintomas relacionados com problemas escolares, problemas de comportamento, problemas de atenção e depressão, mesmo nos casos em que as crianças e familiares não completaram o tratamento.

Ao nível das perturbações da ansiedade, a última década tem exercido foco substancial sobre o seu tratamento, tendo o tradicional tratamento terapeuta-paciente demonstrado elevada eficácia envolvendo 10 a 20 sessões no modelo cara-a-cara (Rapee, Abbott & Lyneham, 2006). Muitos dos quais obtêm sucesso ao combinar técnicas comportamentais (e.g. exposição, relaxamento e gestão de situações) com técnicas cognitivas (e.g. treinamento de autoinstrução) (Barrett, Rapee & Dadds, 1996).

Terapia infantil do relacionamento

Outro modelo relevante na prática terapêutica infantil com resultados consideráveis na redução do ciclo terapêutico é o da Terapia Infantil do Relacionamento. Esta, baseando-se na premissa do potencial curativo intrínseco à relação dinâmica entre terapeuta-criança, preocupa-se com as problemáticas emocionais que existem no presente, fornecendo uma relação amigável e de apoio, na qual a

capacidade de crescimento inerente à criança e a de autoajuda podem desenvolver-se e florescer (Harper, 1994).

Esta perspetiva delega à criança a liberdade de sentir, dizer e fazer o que quiser, dentro dos limites de tempos estipulados para a sessão, com regras contra danos autoinfligidos, ao espaço e ao terapeuta. Definidas as regras, a Terapia Infantil do Relacionamento utiliza técnicas como, a relação tranquila, o encorajamento ativo e a clarificação da realidade, atribuindo um papel de menor importância à interpretação (idem).

O papel dos pais no processo terapêutico

A família com os seus estilos de comunicação, regras, crenças e formas singulares de manter a estabilidade (Enelow, Forde, & Brummel-Smith, 1999), representa os primeiros agentes de socialização da criança atuando como fator primordial na formação da sua personalidade e por conseguinte, influenciando o desenvolvimento dos seus padrões comportamentais (Rocha, 2004).

A partir da exploração da queixa principal o terapeuta deverá procurar compreender o funcionamento familiar adaptativo e mal adaptativo, e em como estes afetam o funcionamento emocional e comportamental da criança em relação à saúde (Spirito et al., 2003). Torna-se assim imperativo que perante a análise das restrições contextuais para com o desenvolvimento tido como normativo, se inclua a orientação parental (Asbahr & Ito, 2008). Como reforça Rocha (2004) é importante que a família esteja ou seja consciencializada do seu papel na aprendizagem dos filhos para que melhor consiga promover um clima afetivo propício aos processos de aprendizagem, já que é nesta que a criança encontra potencial apoio perante as dificuldades e forças para a sua superação.

De facto, Barros (2003) escreve que os esforços com maior sucesso na prevenção da saúde infantil incidem na sua maioria em mudanças de atitude e comportamentos nos adultos que participam no contexto da criança.

Já Bandura (2002) enfatizou que pais que acreditam ser a chave principal do desenvolvimento dos filhos tendem a cultivar o potencial infantil, exercendo influência na construção de um sentido de autoeficácia intelectual nas crianças que se repercute nas suas relações sociais, bem-estar emocional e desenvolvimento académico.

Não só a intervenção centrada na família acarreta enorme importância no potenciar da qualidade de saúde e bem-estar físico e psicológico das crianças (Drotar, 2005; Enelow, Forde, & Brummel-Smith, 1999), como também e pelos mesmos motivos poderão ser necessárias alterações no ambiente escolar (Wolff, 1999). No geral, os planos terapêuticos aplicados à população infantil procuram reconhecer os múltiplos contextos em que esta se insere para que se produzam as alterações necessárias a uma condição mais favorável ao sucesso terapêutico (Pianta, 2001).

Percecionar a família como um todo, constituída por elementos interdependentes, é entender que o comportamento de um membro influencia emoções, pensamentos, e comportamentos de outros de forma recíproca (Asbahr & Ito, 2008). Deste modo, a promoção da eficácia parental pode eliminar problemas comportamentais dos filhos, principalmente quando a problemática está ainda numa fase precoce, contribuindo para a minorização e prevenção de implicações futuras (Bandura, 2002).

Neste sentido, a terapia familiar influi sobre a percepção parental explorando como determinados estilos parentais e funcionamentos familiares poderão estar eventualmente relacionados com o problema, cultivando posteriormente formas alternativas de comunicação para a resolução dos seus problemas. A consciência parental acerca da dinâmica das relações repercute-se potencialmente numa conversão positiva de atitude e

comportamento. No processo terapêutico a família é advertida das consequências das mudanças e dos processos intermédios até que se atinjam os objetivos, prevenindo que a mesma não desestabilize mais do que o necessário perante mudanças demasiado precipitadas ou potencialmente adversas (Bentovim, 1999).

Não raras vezes e para o efeito, o técnico adota o papel de “*gestor de contextos*”, desenhando as intervenções, treinando os intervenientes e monitorizando o progresso de todo o processo terapêutico (Pianta, 2001). Neste, os pais poderão funcionar como consultores, fornecendo informações passadas e atuais, e respostas durante o processo terapêutico; como colaboradores, cooperando na condução do tratamento e atividades envolvidas; ou como copacientes, quando participam no tratamento dos filhos por meio de terapia familiar, ou recebendo treino específico sobre como lidar com a problemática dos filhos (Asbahr & Ito, 2008).

A participação dos pais no processo terapêutico promove uma satisfação parental para com a eficácia atingida. A facilidade em colocar em prática as recomendações do terapeuta também contribui como fator de satisfação parental (Sobel, Roberts, Rayfield, Barnard, & Rapoff, 2001).

Alguns estudos têm revelado que os programas de treinamento parental combinados com procedimentos cognitivos se mostram eficazes no trato de fobias simples (Barrett, Rapee, & Dadds, 1996). Inclusive, o envolvimento dos pais no processo terapêutico cognitivo-comportamental tem sido prática comum na abordagem das perturbações da ansiedade na infância (Manasis et al., 2014). O seu envolvimento é essencial pela elevada percentagem probabilística de eles mesmos apresentarem sintomas significativos de ansiedade, e porque poderão não dispor da devida capacidade para implementar estratégias de gestão da própria ansiedade ou da dos seus filhos (Hirshfeld-Becker et al., 2008).

Funcionando o comportamento parental como modelo para a aquisição, desenvolvimento e manutenção dos comportamentos dos filhos, a intervenção precoce oferece a oportunidade de atempadamente ensinar os pais a gerir a ansiedade e a promover competências de autorregulação emocional, permitindo um espelhamento mais saudável aos filhos (Hirshfeld-Becker et. al, 2008).

Sucintamente, o foco da terapia envolvendo o treino parental poderá contemplar:

a) o ajudar no trabalho de casa (Rapee, 2012); b) facilitar a generalização das competências adquiridas em consulta para situações reais, ajudando no processo de dessensibilização; c) aplicação das técnicas mesmo findo o processo terapêutico; d) bem como ajuda aos pais na diminuição ou remoção de obstáculos que lhes poderão ser intrínsecos, como a ansiedade, a dificuldade e frustração em lidar com um filho ansioso, ou ajudar na redução e possível extinção da tendência para inadvertidamente incentivarem comportamentos evitantes. (Manasis et. al, 2014).

Contudo, a qualidade das competências parentais para com os cuidados que poderão facultar aos filhos parece estar diretamente relacionada com as estratégias de coping e estrutura emocional que possuem, cumulativamente com a capacidade de se colocarem na posição do outro e de regular os próprios impulsos (Al-Yagon, 2015).

Embora a área clínica e alguma investigação com esta relacionada, apresentem aparentemente várias vantagens na inclusão parental no processo terapêutico de crianças com perturbações de ansiedade, diversas revisões e meta-análises têm indicado que tal não resulta numa eficácia significativamente superior quando comparado com o tratamento exclusivo com os filhos (Rapee, 2012). Segundo Manasis et. al (2014) as escassas evidências científicas favorecendo a incorporação parental no tratamento poderão resultar de défices na conceptualização do impacto parental. Por outro lado,

muitos dos estudos não representam os efeitos do envolvimento dos pais como questão primária nas suas pesquisas.

Barrett, Rapee, e Dadds (1996) por exemplo, avaliaram um tratamento de base familiar para a ansiedade na infância (crianças de ambos os géneros dos 7 aos 14 anos) com 12 sessões, cruzando: 1) TCC; 2) TCC incluindo os pais [FAM]; e 3) crianças em lista de espera [LE]. Das crianças submetidas às TCC 57% apresentaram remissão total dos sintomas no final do tratamento para 84% das crianças submetidas à TCC+FAM, e 26% em LE. Demonstrando o valor acrescido ao se incluir a família no tratamento.

Sburlati, Schniering, Lyneham, e Rapee (2011) constataram a existência de uma elevada quantidade de tratamentos de base cognitivo-comportamental empiricamente suportados, disponíveis para o tratamento de crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade e do humor. Em contrapartida apuraram que a pesquisa que foca a eficácia da sua implementação nos setting da prática de rotina psicológica não se mostra tão eficaz quanto a demonstrada por esses mesmos tratamentos empiricamente suportados. Segundo os mesmos autores a pesquisa parece indicar que tal ocorre, em parte, porque o treino nesses mesmos tratamentos se mostra ineficaz, resultando em terapeutas com algumas lacunas ao nível das suas competências.

Neste sentido, Sburlati, Schniering, Lyneham, e Rapee (2011) procuraram desenvolver um modelo de competências do terapeuta necessárias para o tratamento cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade. O mesmo integra três categorias, 1) competências terapêuticas genéricas (praticar com profissionalismo, compreensão das características relevantes em crianças e adolescentes, construção de uma relação positiva, e realização de uma avaliação completa); 2) competências relativas à terapia cognitivo-comportamental (compreender a teoria e pesquisa relevante em TCC, elaboração, implementação e revisão de uma formulação e

tratamento dos casos segundo a TCC, e condução das sessões de forma colaborativa); por último focam as 3) técnicas específicas em TCC (gestão dos pensamentos negativos, mudança de comportamentos mal adaptativos, gestão do humor e excitação mal adaptativos, treino de competências gerais, e modificação do ambiente familiar).

Ética e o Código Deontológico

Ética, traduzido do grego *ethiké* é a ciência relativa aos costumes, domínio da filosofia que incide na avaliação e distinção entre bem e mal, o comportamento correto do incorreto. O exercício filosófico em torno da conduta ética, procura regularizar princípios funcionais regentes da ação humana ao encontro de uma moral dignificante a todos. Dado que cada profissão tem objetivos a cumprir intrínsecos à sua atividade, seja prestação de bens, serviço, apoio ou desenvolvimento, a ética é-lhe articulada no sentido de traduzir um tratado do conjunto de deveres, princípios e normas adequadas ao seu funcionamento – o que se denomina de código deontológico (do grego – tratado dos deveres) (Psicologia.pt, 2015).

A moral comum da Psicologia, definida no código deontológico dos psicólogos portugueses, no Regulamento nº 258 publicado em 2ª série do Diário da República a 20 de Abril de 2011, visa a promoção da qualidade de vida e proteção de pessoas, casais, famílias, grupos, organizações e comunidades com as quais o profissional trabalhe. O Código integra 5 princípios principais: o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade, beneficência e não-maleficência (Diário da República, 2011).

Objetivos

O presente trabalho pretendeu representar uma reflexão sobre a prática do psicólogo clínico com crianças em contexto hospitalar. Para o efeito foi elaborada uma panóplia de objetivos compreendendo:

- 1) Integração na equipa multidisciplinar do serviço de consulta externa da pediatria do Hospital São Francisco Xavier
- 2) Observação de consultas de desenvolvimento
- 3) Observação de avaliações psicológicas e de acompanhamentos psicológicos
- 4) Realização autónoma de avaliações psicológicas, contemplando escolha, aplicação e cotação de provas, com respetiva redação dos relatórios psicológicos
- 5) Realização de 1 acompanhamento psicológico

Método

Participantes

O durante o estágio, o estagiário teve a oportunidade de realizar 34 avaliações, das quais 16 foram avaliações de dificuldades de aprendizagem e 18 avaliações do desenvolvimento.

Foram realizados 3 acompanhamentos, um por desadequação social, um por fracas competências emocionais e o terceiro por excessivos níveis de medo e ansiedade.

Na totalidade e para o efeito foram necessárias 176 consultas.

Como contempla o código deontológico dos psicólogos portugueses no princípio específico nº. 7.6 Anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos (Diário da República, 2011) serão utilizados nomes fictícios nos estudos de caso, com o intuito de proteger a identidade e confidencialidade dos utentes.

Procedimentos

O estágio iniciou com uma breve apresentação das instalações e profissionais que compõem o serviço de consultas externas de pediatria, mais especificamente, os pediatras do desenvolvimento, enfermeiras e secretariado. Os técnicos das restantes especialidades do serviço foram sendo conhecidos mediante a necessidade ou ocasião. Durante a apresentação foi descrita a articulação entre os diversos profissionais, onde se conseguiriam informações, provas e processos clínicos. Foi explicado que os pedidos na consulta de avaliação psicológica surgem das consultas externas de pediatria, principalmente das de desenvolvimento na eventualidade de surgir uma criança a necessitar de uma avaliação ou acompanhamento psicológico. As folhas dos pedidos têm indicação do nome da criança, número do processo, pedido e data da consulta de desenvolvimento na qual o relatório já deverá estar com quem fez o pedido para que proceda à devolução do mesmo e dê a devida continuidade ao processo. Em algumas

ocasiões o técnico que efetuou a avaliação participa das consultas de desenvolvimento nas quais se devolve a informação.

Ficou agendada uma primeira reunião mensal, no serviço de pedopsiquiatria, onde cada técnico (seja pedopsiquiatra, psicólogo, pediatra ou psicomotricista) apresenta um ou mais casos análise, esclarecimentos, encaminhamentos ou transferência de serviços. Em cada reunião é agendada a reunião do mês seguinte.

Num segundo momento foi proposto ao estagiário fizesse a observação de algumas consultas de desenvolvimento, por forma a adquirir uma perspetiva panorâmica da população-alvo que ocorre ao serviço. O estagiário pode observar a entrevista clínica por parte dos pediatras e a forma como pais/cuidadores apresentavam a problemáticas. Não existem dados estatísticos quanto à caracterização da população que acede ao serviço, mas em 40 consultas foi possível presenciar vários casos de ambos os sexos, com uma amplitude etária entre os 2 e os 14 anos. Este processo durou duas semanas, durante o qual o estagiário deveria pesquisar sobre as complicações clínicas, consequências desenvolvimentais e prognósticos de algumas das situações observadas para familiarização dos termos. Entre as pesquisadas poderão ser destacadas a neurofibromatose, esclerose tuberosa, síndrome de Noonan e fenilcetonúria.

Posteriormente, foi requerido ao estagiário fizesse observação de consultas de avaliação psicológica, iniciando observações de novos casos contemplando desde a primeira consulta, normalmente com uma ou as duas figuras parentais, onde se procede ao levantamento da anamnese da criança (focando o motivo, história clínica, história familiar e escolar); prosseguindo com a observação do desenrolar da avaliação. O estagiário teve a oportunidade de observar o estabelecimento da relação, a aplicação de provas e a devolução dos relatórios aos pais e profissionais que efetuaram o pedido.

Concomitantemente, foi proposto ao estagiário que fizesse uma revisão bibliográfica das provas mais utilizadas na consulta de avaliação psicológica, resumindo a informação por escrito como treino teórico às atividades exigidas. As provas elegidas pela orientadora foram: WISC-III, matrizes progressivas de Raven, teste de barragem de Toulouse-Piéron, figura complexa de Rey, PALPA-P, teste de idade de leitura e prova de avaliação da precisão e fluência da leitura “O Rei”.

A cada prova estudada foram sendo facultadas fotocópias de folhas de registo preenchidas para familiarização da cotação e padronização dos resultados. Depois de percebida a tarefa o estagiário começou a cotar provas aplicadas pelas psicólogas do serviço, tendo oportunidade de tirar várias dúvidas durante o processo.

Uma vez familiarizado com as provas quanto à sua aplicabilidade, administração, cotação, e padronização dos resultados, o estagiário começou a participar da análise, interpretação e redação dos relatórios psicológicos, aprendendo a integrar, interligar e sintetizar toda a informação recolhida de origem quantitativa e qualitativa (e.g. processo clínico, anamnese, provas psicológicas, entrevistas telefónicas, esclarecimentos com outros especialistas e exploração de artigos sempre que necessário).

Ao fim de 3 observações de avaliações de dificuldades de aprendizagem e 3 observações de avaliações do desenvolvimento, ambas completas (da primeira à última consulta, incluindo a cotação, padronização e participação da análise e redação dos resultados), o estagiário foi acompanhado na marcação das que seriam as suas primeiras consultas e na realização das mesmas pela orientadora de estágio, Dra. Sílvia Bastos.

Após cada consulta reuniram-se para conversar acerca: da prestação do estagiário, para analisar os dados obtidos, e preparar a consulta seguinte. As provas administradas eram cotadas pelo aluno e revistas pela orientadora, assim como a elaboração do relatório psicológico, realizado e revisto pela orientadora.

Gradualmente o estagiário foi adquirindo maior autonomia, tendo sido auferido um horário que poderia utilizar para a realização das consultas (terça e quinta-feira das 14 às 17 horas e sexta-feira das 9 às 12 horas). Dado que a partir das 17 horas alguns gabinetes ficam livres, o estagiário poderia aproveitar o horário das 17 às 19 horas de segunda a sexta-feira para realização de consultas.

Quinzenalmente eram distribuídos casos pelas três psicólogas e pelos dois estagiários, ficando cada um responsável pela marcação das suas consultas.

Como já foi referido, as duas questões base mais predominantes na CAP, tinham que ver com avaliação de dificuldades de aprendizagem [ADA] e avaliações do desenvolvimento [AD]. A prática habitual no serviço reserva a primeira consulta de ADA exclusivamente aos pais, para que se possa fazer uma análise mais detalhada da história de vida, clínica e familiar da criança. Evita-se por um lado que a sua presença comprometa a informação que os pais facultam, como se evita também que determinada informação possa ser prejudicial à criança. Dada a frequência de famílias disfuncionais e/ou de teor emocional na consulta, procura evitar-se que as crianças sejam expostas a determinados comentários.

Já nas AD, a primeira consulta é realizada na presença de uma ou das duas figuras parentais/cuidadores ou auxiliares da instituição encarregues da criança. As AD apoiam-se na escala do desenvolvimento de Ruth Griffiths a qual contempla itens passíveis de serem respondidos pelos pais/cuidadores. Uma das utilidades da presença da criança nesta consulta é a possibilidade de se clarificar/desmitificar na sua frente determinados comportamentos, que por vezes são interpretados e conversados pelos pais na sua presença (na vida rotineira) como sendo problemáticos ou patológicos. A presença da criança possibilita ainda a observação de algumas dinâmicas familiares e

comportamentais na presença dos pais, com o paralelo do comportamento da criança na sessão ou sessões seguintes na ausência destes.

Cada caso termina de duas maneiras possíveis. 1) Entrega do relatório a quem requereu a avaliação, sendo que o mesmo devolve os resultados aos familiares definindo o próximo passo para a continuidade do processo; 2) o psicólogo que realizou a avaliação devolve o relatório a quem fez o pedido de avaliação e participa da consulta em que os dados são comunicados aos familiares/cuidadores. A participação do psicólogo era influenciada pela necessidade de se clarificar e/ou conversar com os pais, acerca de aspetos sensíveis que não deveriam ser expostos no relatório (considerando a probabilidade de este seguir para a escola, procede-se desta forma para proteger a família da exposição e violação dos direitos à confidencialidade).

Durante o estágio o estagiário participou de uma conferência e um seminário (“Hospital Amigo dos Bebés”).

Houve também a possibilidade de se participar na organização de uma ação formativa nas instalações do hospital, com o tema “Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa”. O estagiário ficou encarregue de entrar em contato com a técnica que aferiu a escala e de fazer de intermediário entre a mesma e a Dra. Márcia que tratou diretamente com a direção do hospital, da burocracia necessária à efetivação da ação formativa. Esta teve uma duração de dois dias e contou com a participação de vários estudantes e profissionais de diferentes especialidades.

Instrumentos

Para a prática da psicologia clínica em contexto pediátrico, o psicólogo utiliza diversos instrumentos e técnicas por forma a conseguir obter informações relevantes à compreensão de cada caso particular e à forma como irá interpretar e abordar cada caso específico. No presente estágio, utilizaram-se para as avaliações psicológicas, a

entrevista aos pais e a entrevista diagnóstica que contempla avaliação auxiliada por testes psicológicos focando a informação específica por forma a responder ao pedido, bem como a dinâmica intrínseca ao desenrolar da própria avaliação psicológica. Para o acompanhamento, foi igualmente utilizada uma entrevista inicial de recolha de dados com a mãe, e a entrevista clínica com a criança.

Entrevista clínica

A entrevista clínica representa um encontro formal assente numa dimensão verbal na qual os papéis dos intervenientes são assimétricos e definidos à partida (Leal, 2008). O entrevistador utiliza-a como meio para recolher informação acerca do funcionamento psicológico da pessoa e dos fatores biopsicossociais preponderantes para o surgir da problemática (Bénony & Chahraoui, 2002); utilizando-a também como método para atingir os efeitos terapêuticos no outro (Dalgarrondo, 2008).

A capacidade do psicólogo para realizar boas entrevistas é primordial para a determinação do diagnóstico, essencial para o seguimento do processo e para o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica (Enelow, Forde, & Brummel-Smith, 1999), relação essa que representa um dos fatores mais importante no sucesso da psicoterapia (Clarkson, 1994). Para facilitar a relação e seus benefícios o terapeuta deverá munir-se de uma atitude dignificante e de respeito para com a pessoa, isenta da formulação de juízos e críticas, proporcionando um clima de confiança onde aplica uma conduta empática (Bénony & Chahraoui, 2002).

Existem vários níveis de condução da entrevista caracterizados pela estruturação, consoante o técnico se suporta ou não num guião de questionamento abordando temas determinados previamente; e pela diretividade, que caracteriza a atitude do entrevistador. Quando diretivo tenderá a explorar as questões que lhe interessam

focando os objetivos; quando não-diretivo permitirá à pessoa explorar as questões por si mesma, sem que interfira no rumo da exploração (Leal, 2008).

Entrevista pediátrica

Os esforços terapêuticos com crianças partilham da utilização de formas particulares de relação nas quais o terapeuta demonstra comportamentos que constantemente transmitem aceitação, compreensão e respeito (Harper, 1994).

A entrevista clínica com crianças ou entrevista pediátrica é pedida na maioria das vezes pelos pais, se a facilitação da comunicação deverá ser uma preocupação primária independentemente do contexto em que se atue, tal é especialmente relevante em contextos cujos entrevistados não solicitaram a entrevista ou avaliação, como é o caso do contexto hospitalar infantil (Leal, 2008).

Nestes, dada a afluência de utentes e muitas vezes a falta de tempo dos profissionais, excesso de trabalho, condições físicas e escassez de tempo com cada utente, torna-se imperativo o foco na utilização saudável da paciência e da qualidade da atenção que o psicólogo disponibiliza em cada caso (Dalgalarrodo, 2008).

Bénony e Chahraoui (2002) salientam a necessidade de se considerar a dificuldade que os pais experienciam em aceitar que alguém poderá ajudar os seus filhos quando eles próprios não o estão a conseguir; e por outro, atender para o facto de muitos dos pais sentirem alguma culpabilidade pela dificuldade ou condição que o filho atravessa.

Ainda que os pais apenas participem na primeira consulta, o impacto deste primeiro encontro não pode ser desconsiderado (Cyssau, 2005), sob risco de influenciar negativamente o conteúdo da entrevista quer pelo comportamento, quer pela expressão de interesse do terapeuta (Enelow, Forde & Brummel-Smith, 1999).

As entrevistas pediátricas diferem das dos adultos pelo setting utilizado (cores vivas, brinquedos, desenhos de outras crianças) (Enelow, Forde & Brummel-Smith,

1999), e pela utilização de uma articulação entre a componente verbal (praticamente exclusiva quando se entrevista um adulto) e a utilização de situações de carácter lúdico, já que através destas a criança acaba por se experimentar, construir e se reestruturar (Leal, 2008).

Entrevistas breves de avaliação

As entrevistas breves de avaliação são normalmente realizadas num curto espaço de tempo (Leal, 1999), em que se pretende avaliar um aspeto particular do entrevistado, seja ao nível sintomático, sindromático ou das características psicológicas da pessoa (e.g. mecanismos de defesa e coping, relações interpessoais, autoconceito) (Bénony & Chahraoui, 2002). São muito utilizadas na avaliação da necessidade de apoios pedagógicos e/ou psicológicos nas crianças (Leal, 2008).

Para que tal seja possível, o profissional procura registar da forma mais completa possível os elementos referentes ao utente - história clínica - iniciada com a anamnese (identificação da criança e familiares, dados demográficos e motivo da consulta), continuando com a história de vida (gravidez, parto e desenvolvimento psicomotor). É posteriormente explorada a doença atual e suas implicações na vida da criança e familiares (Leal, 2008).

Complementarmente é utilizada a informação obtida pela observação do comportamento da criança nas consultas; e pelos dados recolhidos mediante a aplicação de testes, provas psicológicas (Bénony & Chahraoui, 2002).

No geral, o processo culmina na sugestão de um acompanhamento ou encaminhamento específico (Enelow, Forde, & Brummel-Smith, 1999).

A entrevistas psicológicas de cariz breve tendem a apresentar um nível estruturado, pelo que o técnico orienta a entrevista por meio de um guião, com uma atitude diretiva, conduzindo o entrevistado a temas e questões focais (Leal, 2008).

Testes Psicológicas

Um teste psicológico caracteriza-se por uma situação estandardizada enquanto tentativa de medição estatística de determinados constructos relativos às capacidades, competências ou personalidade de um indivíduo, permitindo estabelecer o seu perfil psicológico (Guillevic & Vautier, 2001).

Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III)

Ou Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição é um instrumento de avaliação cognitiva e medida do funcionamento intelectual, i.e., da capacidade intelectual que a criança dispõe, que resulta da integração e ponderação de diversas habilidades e funções cognitivas. Deste modo, Wechsler entende a inteligência como uma totalidade integrada de competências, ao invés de uma aptidão particular (Simões et al., 2003).

A escala foi desenhada para crianças dos 6 aos 16 anos e 11 meses (Aiken, 2003), e permite calcular uma medida de inteligência geral (Quociente Intelectual da Escala Completa, QIEC); dois quocientes parcelares, um referente às competências verbais (Quociente de Inteligência Verbal, QIV) e outro referente às competências não-verbais ou de realização (Quociente de Inteligência de Realização, QIR) (Simões et al., 2003); e três Índices Fatoriais (Compreensão Verbal, CV; Organização Percetiva, OP; e Velocidade de Processamento, VP) (Wechsler, 2003).

No total a WISC-III é composta por 13 subtestes, 6 subtestes verbais e 7 subtestes de realização, dos quais um dos subtestes verbais e dois subtestes de realização são tidos como suplementares. A aplicação dos 13 subtestes é feita de forma alternada (Aiken., 2013).

De seguida, enumera-se os 13 subtestes pela sua ordem de administração, sendo que, os de numeração ímpar corresponderão aos subtestes de realização, e os de

numeração par aos subtestes verbais: 1. Completamento de gravuras; 2. Informação; 3. Código; 4. Semelhanças; 5. Disposição de Gravuras; 6. Aritmética; 7. Cubos; 8. Vocabulário; 9. Composição de objetos; 10. Compreensão; 11. Pesquisa de símbolos; 12. Memória de dígitos; 13. Labirintos. Os testes 11, 12 e 13 são os suplementares (Aiken, 2003; Simões et al., 2003).

A diversidade de testes selecionados por Wechsler permite mensurar diversas aptidões mentais (e.g. raciocínio abstrato, memória, compreensão verbal, resolução de problemas, capacidades perceptivas), que reunidas expressam o funcionamento global da criança (Simões et al., 2000).

No geral, os subteste verbais, mensuram as a inteligência cristalizada (com exceção da memória de dígitos), e os subtestes de realização a inteligência fluída (Kline, 2000).

A WISC-III destina-se à avaliação individual de crianças ditas normais, ou com diversos problemas (Simões et al., 2003). Ainda que a sua aplicabilidade seja mais frequente em contexto educacionais e desenvolvimentais (Kline, 2000), já que desempenha um papel preponderante na identificação de dificuldades de aprendizagem, sobredotação, deficiência mental ou atraso do desenvolvimento, ela tem sido também amplamente utilizada em contextos de investigação e intervenção psicológica da prática clínica e de reabilitação, abarcando problemáticas neurológicas (e.g. afasia, traumatismos cranianos, paralisia cerebral) ou deficiências sensoriais (auditivas e visuais) (Simões et al., 2003).

Os 10 subtestes não suplementares podem ser administrados entre 50 a 70 minutos, considerando uns adicionais 10 a 15 minutos para os 3 subtestes suplementares (Aiken, 2003).

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª Edição, bem como as restantes escalas de Wechsler (WAIS-III, versão para adultos; e WPPSI-R – Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária, versão revista), têm demonstrado ser, durante um longo período, testes excelentes e sensíveis na mensuração das competências cognitivas, em contextos de pesquisa e de aplicação (Kline, 2000).

Matrizes Progressivas de Raven

As matrizes progressivas de Raven (MPR) são um dos testes mais bem conhecidos e populares do grupo dos testes do tipo não-verbal. A pesquisa suporta a aplicabilidade das MPR na avaliação do fator *g* de Spearman, pelo que para a sua resolução é necessária a dedução de relações entre itens abstratos (Anastasi & Urbina, 2000; Kaplan & Saccuzzo, 2001).

Ainda que existam divergências na concetualização de inteligência, na conceção de Raven, o fator *g* refere-se à energia mental do sujeito, e a inteligência à relação entre a pessoa e a realidade da vida. Assim, definiu a sua prova como útil na medição da capacidade intelectual geral da pessoa, e não a inteligência geral (Amaral, 1966).

Esta prova pode ser administrada em grupo ou individualmente, as instruções são bastante simples, podendo mesmo ser aplicada sem que sejam necessárias instruções verbais (Kaplan & Saccuzzo, 2001).

É composta por um conjunto de matrizes, ou arranjos de elementos de desenho em linhas e colunas, das quais foi removida uma parte (Anastasi & Urbina, 2000), cada matriz ou arranjo de desenhos, apresenta um padrão lógico, o objetivo é escolher uma das 6 opções (peças) que completem a matriz segundo o padrão (Kaplan & Saccuzzo, 2001). Os itens mais fáceis apelam para a exatidão de discriminação; os mais difíceis requerem analogias, permutações e alterações de padrões, entre outras relações lógicas (Anastasi & Urbina, 2000).

A prova Matrizes Progressiva de Raven encontram-se disponíveis em 3 formas: as matrizes progressivas padrão (SPM), adequada a indivíduos médios entre os 6 e 80 anos de idade (composto por 60 itens organizados em 5 conjuntos, cada um com diferentes princípios de variação e diferentes níveis de dificuldade); as matrizes progressivas coloridas (CPM), uma versão mais fácil, com menos itens e aplicada a crianças menores e grupos especiais que não podem ser adequadamente testados pelas SPM, normalmente dos 5 anos e 6 meses aos 11 anos e 6 meses, para amostras de pessoas sem deficiência intelectual dos 60 aos 89 anos, e adultos com deficiência intelectual (36 itens organizados em três conjuntos); por fim, as matrizes progressivas avançadas (APM), aplicadas a adolescentes e adultos acima da média (36 itens) (Anastasi & Urbina, 2000; Kline, 2000).

No geral, a consistência interna destas escalas é alta, ficando entre 0.80 e 0.90 (Amaral, 1966; Anastasi & Urbina, 2000; Kline, 2000). A fidedignidade de reteste da prova em grupos de crianças mais velhas e adultos com idades moderadamente homogêneas aproxima-se de 0,70 a 0,90. Já em estudos com pessoas com deficiência intelectual (Anastasi & Urbina, 2000), e crianças mais desfavorecidas, cujas realizações podem não refletir a sua capacidade real, as MPR revelam-se altamente úteis na mensuração do fator *g* (Kline, 2000).

A maior crítica apontada às MPR, concerne ao número reduzido de itens, tendo em conta a enorme faixa etária que abrange, o que significa existirem poucos itens particularmente adequados para cada grupo de idade. Outra crítica frequente apela para a diferença substancial que a resposta correta em um ou dois itens exerce na pontuação final, o que induz claramente a inexatidão. Ainda que seja o melhor teste para a medição do fator *g*, este pode subestimar a capacidade da pessoa, devendo o técnico ter especial cuidado na interpretação dos resultados obtidos (Kline, 2000).

Teste da barragem de Toulouse e Piéron

Datado de 1904, o teste da barragem de Toulouse e Piéron, é dos testes mais conhecidos na avaliação da atenção concentrada (Amaral, 1967).

Apesar das definições que existem para definir a atenção, Guillaume (cit. por Amaral, 1967) refere que um teste que pretenda medir a capacidade atencional não deverá exigir conhecimentos especiais, deverá estar ao alcance de qualquer grau de inteligência e deverá ser passível de uma notação objetiva e de expressão numérica, características presentes neste teste (Amaral, 1967).

O teste apresenta-se numa folha de papel branco onde se encontram impressas 25 linhas com 40 quadrados por linha. Cada quadrado mede 1,5 mm de lado e tem no seu exterior um traço também com 1 mm. Os quadrados distinguem-se entre si pela orientação que poderá encontrar-se para uma das 8 direções da Rosa dos Ventos. Existem assim, 8 tipos de quadrados, em que cada linha tem 5 de cada um desses tipos, dispostos aleatoriamente.

A tarefa do avaliado consiste em percorrer durante 10 minutos cada uma das linhas no sentido de leitura ocidental (da esquerda para a direita e de cima para baixo), traçando dos 8 tipos de quadrados disponíveis, um, dois, três ou quatro pré-definidos, consoante o modelo aplicado. No presente estágio é aplicado o de dois símbolos (também conhecido como teste da barragem de Zazzo) para crianças dos 6 aos 9, e o de três símbolos para crianças dos 10 aos 17 anos.

As instruções pedem que a pessoa se concentre nos símbolos no cimo da folha e que trace, enquanto percorre as linhas, os idênticos aos visualizados. Informa-se que ao longo da prova lhe será dita a palavra “Xis”, e que quando a ouvir deverá fazer um “X” no sítio em que se encontrar. Que o faça e continue, simplesmente e sem se distrair, mais do que o necessário para desenhar o “X”. É dado ao sujeito o espaço dos 11

primeiros itens para teste, avaliando-se se compreendeu a tarefa e esclarecendo se necessário.

A cotação é feita primeiramente ao minuto, anotando-se na folha de cotação os itens assinalados corretamente, os omitidos e os errados. No segundo momento, subtraem-se ao total dos assinalados corretamente, os totais omitidos e os totais errados. O Índice de dispersão é obtido pela fórmula $[(\text{Errados} + \text{Omitidos}) / \text{Acertos}] \times 100$; o Rendimento de Trabalho é obtido pela fórmula $\text{Acertos} - (\text{Errados} + \text{Omitidos})$. Os dados apurados são comparados com normativa consoante a idade da pessoa.

Um dos graves riscos nas conclusões obtidas por uma qualquer prova que pretenda medir a atenção é o de não considerar que a atenção, enquanto processo fisiológico, consistirá na excitação concentrada em determinadas zonas do córtex cerebral, no foco de excitabilidade ótima e na inibição momentânea das restantes zonas corticais, pelo que impossibilita que se fale em falta de atenção. O que provavelmente ocorre é que a atenção se encontra dirigida a um outro objeto que não o proposto (Amaral, 1967).

A esta possibilidade enviesante na interpretação dos resultados dada a não focalização na tarefa requerida, acresce a importância que aspetos como doenças, estados emocionais fortes, fadiga, entre outros, poderão surtir nos resultados finais, pelo que deverão ser sempre considerados na interpretação final (idem).

Figuras complexas de Rey

Concebida por Rey em 1942, a prova ambicionava o diagnóstico diferencial entre a debilidade mental constitucional e o défice adquirido por um traumatismo craniocerebral. Em 1945, Osterrieth, relevou as vantagens da prova na forma de apreensão dos dados observados e o grau de uma eventual insuficiência mnésica (Rey, 1988).

Assim, o teste destina-se à avaliação da percepção visual e sua elaboração (atividade perceptiva) e a atividade de memorização visual (idem).

O teste é composto por duas formas: a forma A, muito complexa e destinada sobretudo a crianças com mais de 8 anos e adultos; a forma B, mais simples e que se destina ao exame de crianças entre os 4 e os 7 anos de idade.

Cada forma é composta por um agrupado de figuras geométricas sem significado evidente ou interpretativo, de realização gráfica fácil mas suficientemente complicada para solicitar a acuidade perceptiva analítica e organizadora (Rey, 1988).

O teste, independentemente da forma utilizada é aplicado em duas fases: na primeira, chamada “fase de cópia”, dá-se à pessoa uma folha em branco e um lápis de cor, a figura é mostrada sendo requerido que durante o tempo que necessitar proceda à cópia da mesma considerando as proporções e todos os detalhes (avaliação da atividade perceptiva). Finda a instrução, inicia-se a cronometragem. Quando a pessoa termina o desenho de uma primeira estrutura, retira-se o lápis de cor trocando-se por outro (5 ou 6 cores serão suficientes), devendo anotar-se a sequência utilizada (idem).

Após uma pequena pausa (+/- 3 minutos) aplica-se a fase dois “fase de memória”, que consiste na reprodução da figura copiada apelando exclusivamente à memória. Utiliza-se igualmente a sequência de cores, terminando a prova quando o sujeito afirmar que a concluiu (idem).

Se a pessoa desenhou a imagem de um modo primário ou pouco racional, pode colocar-se a questão “Por onde achas que poderias ter iniciado o desenho para que cada detalhe ficasse corretamente?” Quando a resposta reflete um método mais racional, a primeira atitude aquando da cópia deverá ser interpretada como um sinal de “deixar andar”, indiferença, preguiça mental, desadaptação momentânea ou de precipitação.

Caso a pessoa preserve o seu modo pouco eficaz de cópia, dever-se-á sobretudo à organização intelectual da percepção (idem).

A correção de ambas as fases é feita qualitativamente, pela análise da sequência de reprodução utilizada (categorizada em 7 tipos diferentes); e quantitativamente segundo a cotação de cada um dos 18 elementos que compõem a imagem, dependendo da sua colocação no todo, proporção e exatidão. Assim, são dados 2 pontos aos elementos desenhos corretamente e bem situados, 1 ponto a elementos desenhos corretamente mas mal situados ou a elementos deformados ou incompletos (mas reconhecíveis) de se encontrarem bem situados. Atribui-se 0,5 pontos a elementos deformados ou incompletos (mas reconhecíveis) e mal situados. Elementos irreconhecíveis ou ausentes não são cotados (Rey, 1988).

Os resultados totais obtidos na cópia e na reprodução através da soma da pontuação dos 18 elementos são padronizados em percentis considerando a idade da pessoa. É também possível padronizar em percentil o Tipo de cópia e reprodução por memória, bem como o tempo utilizado na execução de cada uma das fases (idem).

Teste de Idade de Leitura

Adaptado do teste francês Lobrot L3 (1973) por Santos e Castro (2010), o teste de idade de leitura (TIL) permite comparar o nível de idade de leitura de uma criança com o nível adequado de leitura para a sua faixa etária. Muito útil na investigação e na atividade terapêutica com crianças com dificuldades de aprendizagem, o TIL pode servir como base a um primeiro diagnóstico de dificuldades específicas da leitura (dislexia).

O teste é constituído por 4 frases de treino e 36 frases experimentais, isoladas e incompletas (terminam abruptamente), que vão aumentando progressivamente em extensão. Cada uma das 40 frases é sucedida por 5 palavras, uma das quais completa a

frase corretamente. Para a realização da prova, a criança terá de fazer recurso às competências de descodificação e de compreensão, para assinalar a palavra correta (Santos & Castro, 2010).

Das 5 palavras disponíveis para resposta, quatro são distratoras, a quinta é a palavra-alvo - a correta. As 5 possibilidades ocupam posições diferentes ao longo das 36 frases, não sendo possível extrair um regra para identificação da palavra-alvo, sem recurso à leitura das mesmas. As palavras distratoras encontram distribuídas em quatro categorias: 1) sem semelhança com a palavra-alvo; 2) visualmente próxima da palavra-alvo; 3) fonologicamente próxima da palavra-alvo; e 4) semanticamente próxima da palavra-alvo (idem).

O teste tem a duração de 5 minutos e pode ser administrado individual ou coletivamente. É apresentado em duas páginas formato A4, destinando-se a primeira à identificação da criança e à apresentação das frases treino; na segunda página figuram as 36 experimentais expostas em duas colunas (Santos & Castro, 2010).

A cotação da prova (nota final) é obtida através da soma das frases completadas corretamente, multiplicada por 100, sendo o total dividido pelo número total de frases (36). Por último, a nota final é comparada na tabela e coluna correspondente à idade e género da criança (idem).

Teste de avaliação da fluência e correção de leitura - “O Rei”

O teste foi aferido e validado para a população portuguesa por Carvalho e Pereira (2009).

Esta prova baseia-se nos pressupostos de Turner (1997, cit. por Carvalho & Pereira, 2009) de que a leitura compreende 3 dimensões essenciais para que seja adequadamente executada: precisão, fluência e compreensão.

Precisão representa a exatidão da leitura em voz alta, a qual transforma grafemas em fonemas, dependendo de competências fonológicas de descodificação associadas à aquisição do princípio alfabético.

A fluência é um dos marcadores da competência leitora, caracteriza-se pela habilidade de ler textos rapidamente, suavemente, sem esforço e automaticamente, depositando pouca atenção nos mecanismos de leitura (e.g. descodificação). Deste modo, leitores mais fluentes são capazes de identificar as palavras com rapidez, lendo e compreendendo em simultâneo.

A compreensão do texto está diretamente relacionada com a perfeição da descodificação, assim, a qualidade da leitura irá depender da qualidade da compreensão da linguagem.

Em suma, o teste procura medir a fluência (nº de palavras lidas por minutos) e a precisão (% de palavras corretamente lidas) da leitura. É composta por duas formas: A em verso, e B em prosa. Exploraremos apenas a forma B, visto ser a utilizada no âmbito do presente estágio académico.

A forma B define-se pelo conto “O rei vai nu”, em prosa, escrito em 281 palavras. A prova é administrada individualmente, disponibilizando o máximo de 3 minutos para a leitura. A folha é entregue à criança uma folha com o texto e pede-se-lhe que o leia em voz alta, começando pelo título. Findos os 3 minutos, marca-se o sítio em que a criança ficou, pode-se optar por interromper ou permitir a finalização da leitura, cotando apenas até aos 180 segundos. No caso de a criança conseguir finalizar antes do tempo, anotar o mesmo.

Se a criança demorar mais de 5 segundos a ler uma palavra pode ser ajudada e pede-se para que continue. Se a criança saltar palavras ou linhas não se diz nada, apenas se toma nota do ocorrido.

Durante a prova o avaliador deverá observar o comportamento da criança, nomeadamente, se segue a linha com o dedo, se inicia com dificuldade e depois melhora, se para pra ler várias vezes, etc. De igual modo, o avaliador deverá atentar para os enganos: inserção, omissão, substituição e/ou inversão de letras, sílabas ou palavras e regressão (repetição de palavras ou frases do texto). A autocorreção dentro de 5 segundos não é cotada como erro, bem como não o são as palavras lidas diferentemente derivadas de dialeto regional ou cultural.

O avaliador segue a leitura na folha de cotação, onde deverá anotar erros, observações e onde estava a criança aos três minutos de leitura, ou em quanto tempo terminou a leitura do texto. São igualmente anotadas as palavras lidas, sendo que para facilitar a contagem tem-se no final de cada linha o número de palavras até então; o tempo de leitura; e o número de erros cometidos por categoria. Se a criança saltar uma linha apenas se conta um erro de omissão. A fórmula utilizada para o cálculo do índice de fluência consiste na divisão do número de palavras lidas corretamente pelo tempo utilizado multiplicada por 60, para o cálculo do índice de precisão divide-se o número de palavras lidas corretamente pelo número de palavras lidas no total multiplicando o resultado por 100. Obtidos os resultados, estes são comparados nas tabelas consoante o ano de escolaridade da criança.

Escala de Connors versão revista (forma reduzida)

São várias as versões existentes da escala de Connors (Rodrigues, 2003), no presente trabalho iremos debruçar-nos apenas na que foi utilizada no âmbito do estágio académico.

As escalas de Connors – versões revistas (Connors, 1997 cit. por Rodrigues, 2003), avaliam os problemas de comportamento, mediante a informação recolhida nas respostas de professores, pais/cuidadores e adolescentes. Revelando-se um instrumento

imprescindível, no processo de avaliação e diagnóstico em saúde mental infantil, quando combinado outras ferramentas e fontes de informação (Rodrigues, 2003).

Quer as escalas de Conners para pais, quer para professores são suportadas por variadas investigações ao longo de 30 anos, decorrendo fortes valores psicométricos quanto à fidelidade, validade e aplicabilidade clínica. Consistência interna entre 0.75 e 0.90, coeficientes de teste-reteste intervalados entre 6 a 8 semanas, entre os 0.60 e 0.90. Tanto a validade de estrutura, a convergente e divergente apresentam valores significativos; como a validade discriminatória na sua significância e capacidade suportada na diferenciação de crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) de outras sem problemas e de crianças em outras situações psicopatológicas (idem).

Por fim, mostram-se sensíveis a alterações de comportamento decorrentes de programas de intervenção e monitorização dos mesmos (farmacológicos e/ou psicoterapêuticos), sendo concomitantemente muito utilizadas em situações de avaliação, investigação, ajuda direta para o estabelecimento de um diagnóstico clínico, e despiste de perturbações do comportamento e perturbações de hiperatividade e défice de atenção (idem).

Em particular, a escala para professores apela para uma forma económica e objetiva de recolher informação de problemas apresentados no âmbito académico, social e emocional na sala de aula. A versão para pais complementa a dos professores pela informação relativa ao comportamento da criança em ambientes familiar e quotidianos diretamente observáveis cuidadores (Rodrigues, 2003).

Segundo um correio eletrónico trocado com a autora da Ana Nascimento Rodrigues (2014), dado o seu estudo e experiência na aplicabilidade da prova, sugere que se utilizem as tabelas de valores padronizados para as idades compreendidas na

amplitude dos 6 aos 10 anos. Na sua aferição para a população portuguesa foi utilizado um N reduzido para os 5 e 11 anos pelo que com o tempo considerou preferível excluir os extremos na utilização das suas tabelas.

No geral, as escalas de Conners (revistas) são constituídas por itens representativos de comportamentos “externalizados” (e.g. problemas de conduta, agressividade), e comportamentos “internalizados” referentes a emoções ou sentimentos (e.g. ansiedade e depressão). Ambos os comportamentos geralmente manifestos em crianças com PHDA (Rodrigues, 2003).

Em ambas as versões, os pais e professores são instruídos a responder a todos os itens avaliando o comportamento da criança durante o último mês (Rodrigues, 2003).

Em formato de escala de Likert com 4 possíveis respostas de 0 a 4 (nunca, um pouco, frequentemente e muito frequente), a forma reduzida para pais é composta por 27 itens dispostos em 4 subescalas: a) oposição (6 itens); problemas cognitivos/desatenção (6 itens); excesso de atividade motora (6 itens); e índice de PHDA (12 itens); já a forma reduzida para professores é composta por 28 itens, também dispostos em 4 subescalas: a) oposição (5 itens); problemas cognitivos-desatenção (5 itens); excesso de atividade motora (7 itens); e índice de PHDA (12 itens) (Rodrigues, 2003).

Após a cotação na grelha de resposta apura-se o valor total bruto para cada subescala, o qual é padronizado numa tabela própria para o efeito. A mesma oferece a indicação do percentil em que o resultado padronizado se inscreve, valores superiores a 60 são considerados significativos.

Sucintamente, crianças com valores elevados na subescala “oposição” apresentam comportamentos frequentes de quebrar regras, problemas frequentes com figuras de autoridade, zangam-se mais facilmente e são mais suscetíveis de serem provocadas por

terceiros. Crianças com altos valores na subescala “problemas cognitivos/desatenção” sugerem um déficit de atenção, com tendência para apresentarem mais dificuldades académicas e em organizar o seu trabalho escolar, revelando problemas de concentração em tarefas que exijam esforço mental continuado. Crianças com valores mais altos na subescala “excesso de atividade motora” apresentam maiores dificuldades para ficarem sossegados do ponto de vista motor, problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, maior irrequietude e impulsividade. Já para a subescala “índice de PHDA”, as crianças com valores elevados apresentam um risco significativo para PHDA (Rodrigues, 2003).

Em situação clínica, a coincidência entre respostas dos pais/cuidadores e professores numa ou mais subescalas permite o estabelecimento do respetivo diagnóstico. De igual forma, a discrepância entre as respostas obtidas são muito úteis na determinação de problemáticas situacionais (ou em casa ou na escola) (Rodrigues, 2003).

Ainda que as escalas de Conners no geral e as revistas e reduzidas em particular sejam importantes no processo de definição do problema, recolha de informação, delineamento da intervenção e monitorização da mesma; é requerido para o processo uma síntese de diferentes tipos e fontes de informação, acrescida de cuidado elevado no julgamento clínico (Rodrigues, 2003).

A autora (2003) adverte para que as escalas nunca substituam a observação direta em caso de diagnóstico e de que o técnico nunca se poderá esquecer da existência de possíveis fatores condicionantes na resposta de cada um (e.g. comportamentos defensivos ou respostas socialmente corretas).

Biblioterapia

Para auxiliar no acompanhamento psicológico (segundo estudo de caso), foi utilizado o livro: Pôr o medo a fugir: as aventuras da Joana contra o medo (Gonçalves, 2000).

A utilização do manual funcionou mais como linha orientadora para com os aspetos gerais de como encarar o medo e quais algumas das alternativas para lidar com ele. Forneceu igualmente base à conceptualização do medo na terceira pessoa, i.e. algo dentro da criança que pode ser combatido, ao invés de algo que pertence à criança e que deverá ser alterado.

Estudos de Caso

Dos 3 acompanhamentos e 37 avaliações realizadas, foram selecionados dois estudos de caso, o primeiro referente a uma avaliação, o segundo a um acompanhamento psicológico.

No geral, a escolha destes casos específicos relaciona-se primeiramente com a tentativa de representar as duas vertentes da CAP, avaliações e acompanhamentos.

Em particular, o caso de avaliação (caso 1 – A), foi selecionado pela dinâmica envolvente na tentativa de espelhar o papel do psicólogo na avaliação contemplando os dos microssistemas (família e escola) nos quais o utente participa, articulando-os com o objetivos de conseguir o que se conclui ser o melhor para a criança, considerando recursos e limitações.

O caso de acompanhamento (caso 2 – B) foi selecionado por se ter tido a colaboração da mãe ao longo do processo, pela evolução terapêutica obtida e pelo desafio que foi concentrar técnicas cognitivo-comportamentais num caso real.

Caso 1 – A

O caso de avaliação de A decorreu ao longo de 9 consultas: 1ª - entrevista com a mãe, da 2ª à 5ª - aplicação de testes psicológicos, 6ª - contacto telefónico com a professora, 7ª - discussão de caso com a orientadora, 8ª - discussão de caso com a pediatra e a orientadora, 9ª - devolução do relatório aos pais, 10ª - contacto telefónico com a Professora.

Tabela 1

Caso 1 – Dados Biográficos

Idade	9 Anos e 0 meses
Nacionalidade	Portuguesa
Género	Masculino
Prematuridade	Não
Complicações pré, parto e pós-parto	N/A
Antecedentes clínicos	Sem complicações clínicas graves Sem avaliações psicológicas prévias
Rastreios recentes	Visual e auditivo – sem complicações
Medicação	N/A
Agregado familiar	Pai, Mãe e Irmão
Escolaridade	3º Ano Ensino Básico
Apoios	Apoio socioeducativo indiv. 1h/1x/sem

Encaminhamento

O A foi reencaminhado à consulta de psicologia pela Dra. Isabel Paz, para que se realiza-se uma avaliação cognitiva dada a queixa de dificuldades de aprendizagem (significativas ao nível da leitura e escrita) e a baixa capacidade de manter a concentração na sala de aula.

Pedido da avaliação psicológica

O pedido foi feito pela mãe, que perante a ineficácia do apoio socioeducativo e a persistência das dificuldades do filho ao nível dos conteúdos escolares, decidiu procurar ajuda médica.

Anamnese

A mãe apresentou-se adequada na aparência e no discurso, calma e ponderada, denotando alguma preocupação e impotência para com a situação do filho.

O A é filho primogénito de um agregado familiar composto por 4 elementos, os dois filhos partilham sangue materno e paterno.

Segundo a mãe, o A não atravessou por complicações pré, parto ou pós-parto, tendo tido um desenvolvimento psicomotor considerado normativo. Sempre fora muito atencioso com o irmão e família, e muito querido por todos na escola. No primeiro ano do ensino básico já apresentava algumas dificuldades na aquisição da leitura e escrita, mas não se considerou significativo o suficiente para que se auferissem os apoios. No segundo ano as dificuldades persistiram e agravaram pelo que foi atribuído apoio socioeducativo durante 1 hora por semana. O desinteresse para com as matérias escolares é notório, não gosta de fazer os trabalhos para casa, nem de estudar para os testes. Durante a semana A fica na escola depois das aulas em sala de estudo para realização dos trabalhos para casa e estudo para os testes.

Nos últimos dois anos (sensivelmente) tem progressivamente revelado alterações de comportamento no ambiente familiar e escolar (mais propriamente com os colegas no recreio) levando os pais a questionarem a possibilidade do filho “*ser hiperativo*”.

A mãe critica a professora que no 2º ano, quando A começou a evidenciar maiores dificuldades na aquisição dos conhecimentos, o colocou na parte de trás da sala juntamente com os alunos que tinham piores desempenhos. Segundo conta, “*a aula era dada primeiro aos da frente, a quem distribuía as tarefas, para depois se focar naqueles com maiores dificuldades.*” (sic) O A mesmo apresentando dificuldades significativas ao nível da leitura e da escrita, transitou para o 3º ano. A *décalage* entre a

sua aquisição das competências académicas e a média da turma “*é cada vez maior*” (sic).

A mãe acredita que o A tem capacidades, é inteligente, mas ou o método de ensino ou algo que a ultrapassa o está a prejudicar.

História familiar

Os pais sempre tiveram uma condição socioeconómica estável e capaz de prover as necessidades de alimentação, habitação, educação e lazer.

A história familiar teve uma evolução saudável e sem incidentes até ao ano de 2009, ano do nascimento do segundo filho (tinha A 3 anos). A mãe conta que o mais novo “*nasceu com alguns problemas e tive que ficar com ele 5 dias no hospital*” (sic), sem que o A pudesse visitar a mãe. “*Não sabíamos se iria andar ou falar, a parte esquerda do corpo estava imóvel*”. “*Quem hoje o vir não acredita que passou pelo que passou. (...) Foi necessário muito apoio e fisioterapia diária intensiva durante 2 anos,*” de 2009 a meados de 2011. O seu desenvolvimento tem sido acompanhado mediante avaliações periódicas, tendo a mais recente sido realizada em novembro de 2014 a qual revelou resultados normativos.

A setembro de 2012 o A entrou para a escola, até então “*tinha muita energia e era desinibido, mas quando entrou para a primária mudou, foi ficando cada vez mais inibido.*”

No 1º ano teve muita dificuldade a língua portuguesa, “*o método das 28 palavras não era para ele, talvez tivesse melhor aprendizagem através de outro.*” No entanto, aprendeu a ler, ainda que com significativas dificuldades.

No 3º ano as dificuldades persistiram, altura em que a mãe reparou que o A se tinha tornado novamente desinibido e sempre irrequieto.

*“Em casa não fica calmo senão a comer, está sempre a fazer alguma coisa. (...)
Dorme bem, o difícil é ir para a cama”* (sic).

Sempre se relacionou bem com os colegas, mas neste ano têm vindo para casa alguns recados de atritos no recreio.

A mãe pensa que a condição clínica do irmão à nascença e todo o processo terapêutico não terá afetado o A negativamente, até porque sempre teve um comportamento amigo do irmão denotando iniciativa para o ajudar em tudo o que podia.

Hipótese diagnóstica

Por si só, o nascimento de um segundo filho acarreta implicações na estrutura familiar em diversas dimensões. Considerou-se a hipótese que tal, poderá ter surtido efeitos nefastos na dinâmica emocional de A, e que por sua vez se repercutiu na progressão académica.

Dada a intensidade da atenção e desgaste necessário com o processo clínico do irmão, o A poderá ter experienciado algum desinvestimento parental, ou diferença entre o investimento que recebia e o que via o irmão receber. Tal poderá ter afetado a responsabilidade e motivação do A para com o processo de aprendizagem.

Como as dificuldades são significativas, poderão resultar de um comprometimento cognitivo. Caso não o sejam, poderemos estar perante um caso de perturbação específica da aprendizagem com implicações ao nível da escrita (disortografia) e da leitura (dislexia).

O facto de ver os colegas progredirem e de ser colocado na parte de trás da sala de aula poderá contribuir e reforçar o seu desinvestimento, já que é equiparado aos que têm menos capacidades escolares. Este possível sentimento de desadequação poderá estar na base dos mais recentes comportamentos conflituosos com os colegas.

Objetivos da avaliação

Face aos dados relatados pela mãe de A, acordou-se um horário semanal durante o qual se procederia à avaliação cognitiva e emocional procurando perceber:

- O perfil cognitivo (ao nível das funções executivas)
- A competência para a escrita e leitura
- Verificação da probabilidade de PHDA
- E o impacto do nascimento do irmão na vida subjetiva de A

Progressão da avaliação

1ª Consulta

Na primeira sessão foi realizada a anamnese (identificação da criança e familiares, dados demográficos e motivo do pedido), e fez-se o levantamento da história de vida e da problemática atual, considerando o seu impacto na vida da criança e da sua família.

A mãe referiu que na escola a informaram de um prazo limite para se conseguir pedir os apoios educativos especiais para o ano seguinte pelo que foi pedida a maior brevidade na realização da avaliação.

Foi acordado que a avaliação decorreria com uma frequência de uma sessão por semana. Sempre que sentisse necessidade teria um tempo no final de cada consulta para questões, esclarecimentos ou apresentar informações que considerasse relevantes. Desse momento em diante a avaliação propriamente dita seria realizada exclusivamente com o A, ficando quem o trouxesse a aguardar na sala de espera.

Dada a hipótese de PHDA, foi entregue à mãe um formulário do questionário de Conners (versão reduzida) para preencher em conjunto com o pai de A, e outro para entregar e ser preenchido pela professora. Assim que os tivesse preenchidos deveria trazê-los ao gabinete, ou aproveitar a consulta mais próxima para o fazer. Após o que se deu a consulta por terminada.

2ª Consulta

Fisicamente o A apresentou-se bem vestido, constatando-se cuidado com a higiene. Enquanto se aproximou e sentou mantinha o olhar em baixo. Parecia calmo, sem agitações e com expressão de desinteresse ou ausência aparente de entusiasmo perante a novidade da situação.

Num primeiro momento, o psicólogo apresentou-se, perguntando-lhe como estava e se estava a ter um bom dia, respondeu com algumas reservas, revelando algumas limitações iniciais na disponibilidade relacional com o técnico.

Posteriormente, foram-lhe explicado os objetivos da avaliação, adequando o discurso à idade. Dadas as dificuldades de aprendizagem, iriam ser apresentadas algumas atividades por forma a compreender especificamente quais são as dificuldades e qual a melhor estratégia para as superar. O A consentiu denotando algum desinteresse.

Optou-se por prosseguir a avaliação psicológica com a WISC-III, porque a mesma fornece um panorama muito completo quanto ao funcionamento intelectual da criança. Foi colaborando com pouca motivação, alguma preguiça, segurando a cabeça sobre a mão com o cotovelo apoiado na mesa. Foram aplicados os subtestes: completamento de gravuras, informação, código, semelhanças, disposição de gravuras e aritmética. A progressão das tarefas foi algo lenta dada a baixa motivação evidenciada, fez-se por respeitar o ritmo de A.

3ª Consulta

A sessão realizou-se às 9 da manhã com a mãe a entregar os formulários do questionário de Connors preenchidos.

O A estava sonolento, espreguiçando-se ao longo de toda a consulta. A sua atitude perante as tarefas foi muito semelhante há da primeira sessão. Nas provas de realização, o A apresentou algumas soluções pouco lógicas a quando da sua execução

demonstrando desatenção para com detalhes óbvios. Quando se pedia para que verificasse a tarefa, rapidamente percebia o erro e alterava a resposta.

Foram administrados os subtestes: cubos, vocabulário, composição de objetos, compreensão, pesquisa de símbolos e memória de dígitos.

4ª Consulta

Dado o baixo empenho do A na realização das tarefas, e após a cotação da WISC-III, optou-se por se administrar as provas MPR, teste de barragem de Zazzo e as figuras complexas de Rey. Na expectativa de se ter mais informação para se cruzar com os resultados da WISC-III. Estas avaliam aspetos também perceptíveis na prova WISC-III, desde modo é nos permitido partir para uma comparação de resultados percebendo se a sua atitude perante as provas evoluiu, surtindo impacto nos resultados das mesmas ou se se mantém e os resultados corroboram aqueles obtidos mediante a WISC-III.

Aquando da administração das provas MPR, teste de barragem de Zazzo e FCR, o A continuou com a mesma atitude de desmotivação.

De salientar que nas MPR, as suas respostas denotaram alguma precipitação, pelo que ao folhear o caderno de matrizes passava várias páginas de cada vez. Foi-lhe lembrado de que dispunha de tempo para realizar as provas, e nesse sentido, que procurasse concentrar-se e não se precipitar, podendo analisar cada matriz e peças de encaixe, dando a resposta apenas quando sentisse ter a certeza da mesma. Colaborou com as instruções dadas.

5ª Consulta

O A chegou atrasado à consulta, foram administradas provas específicas da leitura, o teste de idade de leitura e “O Rei”. Tinha sido planeado fazer um ditado, mas dado o tempo de consulta disponível e o facto de o técnico ter consulta no horário seguinte, não foi possível realizar o mesmo.

A sua atitude foi idêntica à das sessões anteriores, levando o técnico a considerar a hipótese de que o facto de se sentir avaliado, por si só, poderia estar a contribuir para o seu estado de desânimo e desinteresse.

Na prova “O Rei”, a qual é lida pelo próprio em voz alta, A revelou alguma insegurança na leitura. Foi lendo com alguns erros e uma cadência que demonstravam a aquisição da leitura mas não a sua automatização.

No final da consulta a mãe pediu para entrar e explicou que necessitava do relatório com alguma urgência, já que a escola a estava a pressionar com o final do prazo para pedir os apoios de ensino especial. Nesse sentido, não foram agendadas consultas para realização de um ditado, nem para a administração da prova semiprojetiva – o CAT.

Explicou-se que em princípio se teria reunido os dados necessários para avaliação das dificuldades de aprendizagem.

Os próximos passos passariam pela conclusão da cotação e análise das provas, em caso de eventual necessidade os pais seriam contactados por telefone.

6ª Consulta - entrevista telefónica com a professora

Após a conclusão da cotação das provas, contactou-se telefonicamente a professora de A para recolha de dados, nomeadamente acerca do seu comportamento e da sua prestação académica.

Segundo a mesma, o A *“tem apresentado um comportamento muito desatento e ausente, com baixa motivação e empenho na realização das tarefas, e pouco interesse nos conteúdos.”*

Referiu que os piores resultados são na disciplina de língua portuguesa, com *“uma caligrafia muito irregular (...) e fracas competências para a leitura e compreensão de textos e enunciados, com vocabulário reduzido e fraca expressão*

oral.” A Professora referiu que A é mais recetivo à disciplina de matemática onde “*apresenta um cálculo razoável, no entanto, com dificuldades na compreensão dos problemas aritméticos*” que se forem lidos pela professora consegue perceber melhor a questão, consecutivamente obter respostas mais acertadas. Quanto ao estudo do meio, o A “*compreende relativamente bem os conceitos intrínsecos à disciplina*”.

Emocionalmente, afirma que o A “*lida mal com a frustração e reage mal perante as dificuldades*”, pelo que desiste e desinveste facilmente das atividades que perceciona como mais difíceis.

Pedi para acrescentar que o A “*reagiu mal à entrada para o 1º ciclo*”, na pré-primária “*era o menino querido, com um sorriso adorável. Eu mesma pedi à outra professora*” (quando foram escolher os alunos para criarem as turmas do 1º ano), “*para que escolhesse qualquer aluno*” mas que a deixasse ficar com o A. Todos lhe achavam muita graça.

A professora finalizou com a opinião de que em casa o A seria exposto a um ambiente de desresponsabilização, “*mandei para casa trabalho para as férias, e nunca foram feitos (...) muitos dos trabalhos de casa não vêm feitos*”.

Na sua opinião, e perante a experiência enquanto professora, sugere a possibilidade de A ter dislexia.

7ª e 8ª Consulta – Corresponderam à discussão de caso com a orientadora e com pediatra, respetivamente (esta discussão será explorada mais adiante na exploração do estudo de caso).

9ª Consulta – Devolução do relatório aos pais na consulta de desenvolvimento.

Resultados dos testes psicológicos e sua análise individual

WISC-III

Tabela 2

Resultados padronizados dos subtestes WISC-III (Anexo C)

Subtestes	Valores padronizados
Completamento de gravuras	12
Informação	6
Código	5
Semelhanças	14
Disposição de Gravuras	10
Aritmética	9
Cubos	9
Vocabulário	14
Composição de Objetos	4
Compreensão	14
Pesquisa de Símbolos	7
Memória de Dígitos	7

Tabela 3

Valores dos Quocientes de Inteligência e Índices Fatoriais

QI's / Índices Fatoriais	QI/Índice	Classificação
Escala Completa	96	Média
Verbal	109	Média Inferior
Realização	84	Média
Compreensão Verbal	111	Média Superior
Organização Percetiva	91	Média
Velocidade de Processamento	77	Inferior

(A prova WISC-III foi interpretada fazendo recurso a um trabalho de Simões (2002) e a umas folhas sobre prova disponíveis no HSFX. Dado não terem elementos suficientes não foi possível fazer as referências bibliográficas da mesmas, pelo que

como citação será utilizada a indicação Folhas WISC-III, 2015. O ano reporta-se à data de utilização das folhas).

Os resultados da prova WISC-III revelam uma diferença significativa (25 pontos) entre os QI's Verbal (QIV) e de Realização (QIR), assim, a importância do valor obtido para o QI Escala Completa (QIEC) não deverá ser considerado como representativo do funcionamento intelectual de A. Contudo, casos que apresentem grandes discrepâncias entre QI's poderão estar relacionados com fatores emocionais e relacionais acabando por comprometer o desenvolvimento intelectual e cognitivo (Folhas WISC-III, 2015).

Como a sua prestação foi significativamente superior nas provas verbais, a discrepância de resultados poderá sugerir um quadro depressivo, pelo que A tenderá mais para a introspeção do que para a ação, não se encontrando motivado para investir o necessário para a realização das tarefas (Folhas WISC, 2015).

Segundo Simões (2002) a diferença $QIV > QIR$, encontra-se muitas das vezes relacionada com a PHDA, já o défice ao nível do QIR é frequentemente associado a dificuldades nas capacidades percetivo-espaciais.

O mesmo autor refere que a validade e utilidade dos Índices Fatoriais na elaboração de hipóteses relativas ao funcionamento neuropsicológico é preferível pela sua fiabilidade, superior à dos QI's. Mediante esta premissa, e uma vez que os valores dos Índices são superiores aos obtidos pelos QI's, poderemos colocar a hipótese de que não existirá uma disfuncionalidade cognitiva, o que num primeiro plano suscita a ideia de que A apresenta competências cognitivas favoráveis a uma intervenção de prognóstico favorável.

Por outro lado, a discrepância pode estar relacionada com incapacidades visuais ou auditivas que comprometem a prestação nas provas de realização ou provas verbais

respetivamente (Folhas WISC, 2015). Esta hipótese foi excluída perante os rastreios auditivos e visuais que não apresentaram implicações clínicas relevantes.

Prosseguiu-se com a análise dos diferentes *scatters* tendo-se apurado discrepâncias significativas, o que impede uma interpretação que contemple uma relação entre os mesmos, mas antes, que se os considere isoladamente. Deste modo, o Índice de Compreensão Verbal (ICV) no nível médio superior evoca facilidade oral e auditiva, assim como boa capacidade para expressar ideias em palavras. O Índice de Organização Percetiva (IOP) encontra-se na média para a idade sugerindo uma habilidade viso-motora adequada. Já a Velocidade de Processamento (VP) que caracteriza a velocidade de pensamento e a velocidade motora, encontra-se na denominada Zona Inferior. Os testes que juntos representam a VP são o código e a pesquisa de símbolos, também muito associados ao empenho que por sua vez se encontra sob a influência de fatores socio emocionais (Folhas WISC, 2015). Poderá ser mais um indicador de um possível quadro depressivo.

Partindo para a análise dos subtestes obtêm-se os pontos fracos e fortes segundo cálculo da média pessoal de todos os subtestes. Nas tabelas 4 e 5 apresenta-se informação apurada na literatura acerca de possíveis indicadores para os pontos fortes e pontos fracos, respetivamente.

No caso de A são apurados pontos fortes nos subtestes semelhanças, vocabulário e compreensão, e pontos fracos nos subtestes informação, memória de dígitos e composição de objetos. Assim, apenas serão contemplados os mesmos.

Tabela 4

Descrição dos Pontos Fortes

Subtestes	Descrição
Semelhanças	Capacidade para se estabelecer relações lógicas e formar conceitos Capacidade para sintetizar e integrar conhecimentos Subteste difícil para crianças com limitações cognitivas
Vocabulário	Competência linguística e lexical Facilidade na elaboração do discurso
Compreensão	Capacidade para exprimir as suas experiências Conhecimentos das regras e relacionamentos sociais

(Simões, 2002)

Tabela 5

Descrição dos Pontos Fracos

Subtestes	Descrição
Informação	Conhecimentos adquiridos em contexto familiar e escolar Memória episódica longo-termo
Memória de Dígitos	Processamento verbal auditivo
MD Ordem Direta	Memória auditiva sequencial Capacidade de escuta e flutuações da atenção
MD Ordem Indireta	Memória de trabalho
Composição de Objetos	Capacidade de organizar o todo a partir de elementos separados Capacidade de integração perceptiva Sensível à dispraxia de construção

(Simões, 2002)

Ainda que o resultado do subteste código (5 valores padrão), não seja considerado pela média individual como um valor fraco, este encontra-se quase 2 desvios-padrão

abaixo da média populacional, pelo que consideramos a hipótese de A ter alguma dificuldade na capacidade de aprendizagem “mecânica” (automatizada) (Simões, 2002).

O reagrupar de alguns subtestes dentro de casa subescala, pode também revelar aspetos característicos para a explicação do funcionamento cognitivo da criança (Simões, 2002). Os resultados nas provas código e pesquisa de símbolos, quando baixas e relativamente homogéneas, correspondem a um padrão muitas vezes encontrado em crianças do tipo desatentas-impulsivas (Simões, 2002).

Teste de barragem de Zazzo

Ainda que o teste de barragem de Zazzo apenas se encontre aferido e validade para a população portuguesa no que respeita à avaliação do índice de dispersão, explanaremos também o cálculo do rendimento de trabalho efetuado como se se tratasse da prova “mãe” – teste de barragem de Toulouse-Piéron.

Tabela 6

Resultados obtidos na prova Teste de Barragem de Zazzo (Anexo D)

Constructos avaliados	Resultados obtidos	Classificação
Índice de Dispersão	10%	Zona fronteiriça entre o Concentrado/Disperso
Rendimento de Trabalho	80	Lento

Conforme se pode visualizar no gráfico, a linha para o rendimento de trabalho e para a linha de execução praticamente se sobrepõem, pelo que A rende sensivelmente o que executa.

Observa-se também uma progressão gráfica irregular a qual poderá sugerir alterações ao nível do empenho e/ou da atenção sustentada ao longo da prova.

Matrizes coloridas de Raven

Tabela 7

Tabela de resultados obtidos nas matrizes coloridas de Raven (Anexo E)

Resultado Total	28
Percentil	75
Desvio-Padrão	0,81
Classificação	Média Superior

Dados os resultados, poderemos inferir que A apresenta valores passíveis de serem interpretados como representativos de uma capacidade intelectual geral (fator g) inscrita na denominada Zona Média Superior.

Figura complexa de Rey

Tabela 8

Resultados obtidos no Teste Figura Complexa de Rey fig. A (Anexo F)

	Cópia	Memória
Tipo	II	II
Frequência do Tipo	20	75
Tempo	3'40''	4'12''
Percentil tempo	100	50
Total	18	15
Percentil do total	P20	P75

O A revela resultados para a fase de cópia inscritos no percentil 20, que poderão ser traduzidos numa atividade perceptiva (capacidade de organização viso-espacial, planeamento e desenvolvimento de estratégias numa execução gráfica) na fronteira entre a zona média e a zona média inferior (-0,7 de desvio-padrão).

A sua reprodução de memória inscreve-se no percentil 75, o que sendo superior ao percentil da fase de cópia, poderá ser representativo da fidelidade da sua memória

visual. Exclui-se a hipótese de deficiências mnésicas pela via visual pela reprodução de memória, que indica que houve retenção do estímulo.

Em suma, os resultados não parecem sugerir dificuldades quanto à atividade perceptiva, nem implicações mnésicas pela via visual.

Teste de idade de leitura

Tabela 9

Resultados obtidos no teste de idade de leitura (Anexo G)

	Resultados
Nota final	5,5
Desvio-padrão	-3,7
Quartil	4º

A dificuldade de A nesta tarefa foi notória. Após a realização do jogo de treino, para explicação do modo de execução da prova, ficou-se com a ideia de que tinha compreendido as regras. O A além de as respeitar, resolveu corretamente as quatro frases. No entanto, na realização da primeira frase da prova, saiu do requerido assinalando mais do que uma palavra. Fê-lo duas vezes em 4 executadas.

A sua idade de leitura pauta-se abaixo da considerada normativa para crianças do sexo masculino com 8 anos.

Outro aspeto relevante é o traçado com que circunda as palavras, que se nota irregular/disforme, podendo estar relacionado com alguma dificuldade praxica.

Teste de avaliação da fluência e precisão da leitura “O Rei”

Ainda que fossem denotadas dificuldades significativas no teste anterior, foi considerado pertinente a aplicação deste pela possibilidade de ouvir A em leitura voz alta, quanto à precisão e à fluência.

Tabela 10

Resultados obtidos no Teste “O Rei” (Anexo H)

Constructos	Resultados
Fluência (DP)	-1,25
Precisão (DP)	0,1

O A apresentou uma leitura silabada, ficando 1,25 desvios-padrão abaixo do esperado para a sua faixa etária. O resultado embora expectável pelo seu desempenho no TIL, ficou acima do esperado. Isto porque leu mais palavras em 3 minutos em voz alta, do que durante 5 minutos silenciosamente.

Os dados respeitantes à precisão apresentam-se normativos, pelo que se poderá considerar a existência de aquisição de leitura sem a automatização da mesma.

Revela erros aparentemente mais por distração do que por desconhecimento de regras gramaticais, já que não demonstra uma regularidade nos erros de leitura.

Questionário de Connors (forma reduzida)

Tabela 11

Resultados obtidos no questionário de Connors (Anexo I)

Constructos	País		Professores	
	Percentil	Observação	Percentil	Observação
Comportamentos de oposição	Não aferido para a população portuguesa		64/65	Significativo
Problemas cognitivos/desatenção	96/97	Muito significativo	85/89	Muito significativo
Excesso de atividade motora	93/94	Muito significativo	39/40	Não significativo
Índice de PHDA	92/93	Muito significativo	60/64	Significativo

Como é evidenciado na tabela 11, os dados obtidos pelos pais apresentam-se mais significativos do que aqueles obtidos pela professora. Assim, numa primeira análise os resultados poderão sugerir que A adota comportamentos diferentes consoante os ambientes e contextos em que se insere, sendo sensível a diferentes estilos de interação. Isto poderá ser tanto mais verdade se se considerar apenas o constructo “excesso de atividade motora”, muito significativo na perceção dos pais, comparativamente com não significativo na perceção da professora.

Também relevante é a significância para os constructos “problemas cognitivos/desatenção” e “ índice de PHDA”, que ainda que numa predominância algo díspar, se encontra significativa em ambas as perceções.

Em suma, os resultados desta prova poderão sugerir desatenção e PHDA.

Discussão de caso

O perfil da análise integrativa parece sugerir que o A apresenta potencial cognitivo com capacidades intelectuais adequadas aos processos de aprendizagem, com adequadas competências no âmbito da atividade perceptiva (organização viso-espacial, integração perceptiva, planeamento e desenvolvimento de estratégias para a execução gráfica).

Contudo, dados os indicadores que evocam a possibilidade de influência pejorativa de fatores relacionais e emocionais, que por sua vez poderão comprometer o desenvolvimento intelectual e cognitivo. Dada a baixa motivação e investimento nas tarefas por parte de A, os seus resultados provavelmente não demonstram as suas reais capacidades, no entanto poderão contribuir para um ciclo de fracasso-frustração-desmotivação.

Ao nível das provas de leitura, os resultados revelam uma fluência abaixo da média obtida pelas crianças com a sua idade, pelo que as competências para a leitura

não se encontram automatizadas. Segundo o DSM-V, não poderá ser diagnosticada uma perturbação da aprendizagem específica dadas as evidências de questões emocionais adversas.

Existem concomitantemente indicadores potenciais para um défice de atenção, já a perturbação de hiperatividade e défice de atenção não parece participar do diagnóstico já que A não apresenta uma disfunção no comportamento desde a infância e porque em consulta nunca demonstrou irrequietude ou excesso de atividade motora. Pelo que consideramos que o excesso de atividade motora, impulsividade e o significativo índice de PHDA apurado pela escala de Conners estarão mais relacionados com frustração académica e social do que propriamente com uma implicação biológica. Na dúvida, requisitou-se uma consulta com a pediatra para exposição do caso, a mesma considerou pertinente receitar ao A o medicamento Concerta, para aumentar os níveis de atenção, concentração e redução dos comportamentos impulsivos. A terapêutica seria administrada exclusivamente nos dias em que o A teria aulas, ou seja, a medicação não é para ser tomada aos fins-de-semana, feriados e períodos de férias.

Foi acrescentada a recomendação da inclusão de A nas necessidades educativas especiais ao abrigo do decreto-lei nº3/2008 (Portugal. Leis, Decreto, etc., 2008), nas alíneas que os agentes educativos considerassem por bem implementar, sugerindo um trabalho focal com técnicas específicas no domínio da perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura (dislexia) e na escrita. O objetivo foi o de proporcionar ao A um acompanhamento individualizado no trabalho com o que são as suas dificuldades mais salientes na avaliação. Concomitantemente recomendou-se que A recebesse apoio psicológico por forma a ajudar na reestruturação das componentes emocionais e cognitivas.

Aos pais foi sugerido que procurassem dedicar mais tempo ao A, com atividades que fossem ao encontro dos seus gostos e que fortalecessem a vinculação parental, focando a necessidade de aumento dos padrões de responsabilidade e comprometimento perante as tarefas escolares (e.g. ajudá-lo a executar e cumprir com os trabalhos de casa). Como estamos perto das férias de verão (a um mês e meio destas) sugeriu-se que durante as mesmas definissem um horário que contemplasse horas de estudo articuladas com períodos de lazer.

Ficou agendada nova consulta com os pais para o início do ano letivo, com o intuito de conversar sobre possíveis alterações comportamentais durante as férias, e garantir uma monitorização mais próxima do seu desempenho e desenvolvimento académico no próximo ano letivo.

Quanto aos efeitos da medicação administrada pela pediatra, os pais ficaram de transmitir um *feedback* à pediatra após o último mês e meio de aulas.

Caso 2 – B

Tabela 12

Dados biográficos de B

Idade	7 Anos e 5 meses
Nacionalidade	Portuguesa
Género	Feminino
Prematuridade	Não
Complicações pré, parto e pós-parto	N/A
Antecedentes clínicos	Fenilcetonúria – nos 2 anos mais recentes, teste do pezinho com resultados normais
Rastreios recentes	N/A
Medicação	N/A
Agregado familiar	Pai, Mãe e Irmão. Tem uma meia-irmã (lado paterno), que vive com o namorado. Segundo a mãe a família é muito harmoniosa
Escolaridade	1º Ano Ensino Básico
Apoios	N/A

Encaminhamento

A B foi reencaminhada para a consulta de avaliação psicológica com um pedido de acompanhamento para um caso de muitos medos e episódios de ansiedade.

1ª Consulta

Nesta consulta procurou fazer-se o levantamento da história clínica, comportamental, familiar e escolar.

A mãe refere que B tem muitos medos, principalmente do escuro, de estar sozinha e de animais em geral.

História clínica

A B nasceu com fenilcetonúria, detetada através do teste do pezinho. A fenilcetonúria caracterizada por elevados níveis de fenilalanina no sangue podendo ser causada pela deficiência hepática fenilalanina hidroxilase ou das enzimas que sintetizam a coenzima tetrahydrobiopterina. Necessita de uma dieta muito restrita isenta de proteínas de origem animal (semelhante à dieta vegetariana) para prevenir efeitos tóxicos prejudiciais para o seu desenvolvimento. O tratamento inadequado faz com se possa agravar um quadro de atraso no desenvolvimento, já que por si só a dieta não reverte os efeitos causados no sistema nervoso (Mira & Marquez, 2000).

“Atualmente come de tudo, sem restrições, apenas temos cuidado quando está doente para não sobrecarregar o sistema imunológico. Continua a fazer o teste do pezinho e os resultados têm sido normais.”

A mãe refere que a fenilcetonúria comprometeu o desenvolvimento da filha, tendo começado *“a falar mais tarde (...), andar bem foi só aos 3 anos.”* Foi desde cedo acompanhada na Fundação “A Liga dos deficientes motores” ao nível da intervenção precoce *“com resultados excepcionais, antes nem conseguia subir ou descer escadas.”*

Acrescentou que como a B começou a fazer tudo mais tarde, acabou por ter muita ajuda para fazer a maioria das coisas. Hoje em dia, ao deparar-se com desafios diz muitas vezes logo de início que não consegue ou não sabe fazer, o que leva a que alguém a mãe a ajude frequentemente em atividades da vida diária.

História dos medos

A B *“sempre foi insegura, e no final dos 3 anos início dos 4 anos começou a demonstrar muitos medos, (...) de animais por exemplo”*. No jardim zoológico refere que a B *“anda por todo o lado, tranquila, sem demonstração de medos.”*

“O medo principal é de cães”, que assusta a mãe porque a filha quando vê um cão foge de qualquer maneira, “por vezes corre para o meio da estrada sem prestar atenção aos carros (...) corre para onde calha.”

A mãe diz que também tem medo de cães, mas principalmente de cães de rua, os quais por vezes andam em bando na zona onde moram. Quando está com B e vê cães fica ainda mais receosa pela reação que a filha poderá ter.

Quando a mãe referiu que a B também tem medo de gatos, a filha respondeu que não tinha. *“O Carlos (colega de escola) disse-me que se não nos metermos com os gatos eles deixam-nos em paz e não nos fazem mal” (sic B). “Oh, ainda no outro dia levei um gato bebé para casa e tu nem lhe quiseste tocar e tiveste sempre à distância” (Mãe).*

“Também tem medo do escuro e de ficar sozinha, mesmo na sala de luz acesa não vai à casa de banho se eu não ficar a olhar para ela, porque a casa de banho está escura e porque se fechar a porta fica sozinha”. A B respondeu *“não tenho não!”*, ao que a mãe retorquiu *“ Oh, ainda no outro dia tiveste.”*

“Há noite nota-se mais o medo do escuro” (sic mãe), vai muitas vezes dormir para a cama dos pais. A mãe diz que “este medo começou quando começou a dormir sozinha no seu próprio quarto, até há 6 meses atrás partilhava o quarto com o irmão e dormiam na mesma cama.”

História escolar

A mãe nunca recebeu da professora ou de auxiliares indicações de episódios de medos por parte da filha.

Entrou este ano para o 1º ano, dada a décalage desenvolvimental a mãe e educadora decidiram atrasar um ano. Aderiu bem e tem tido boas notas no geral.

Durante o decorrer da primeira consulta, a B esteve a brincar muito alegre, deitou-se no tapete, rebolou e brincou com uma bola do género das utilizadas no pilates que se encontra no gabinete. Nos entretantos da brincadeira intervia na conversa para negar os medos que a mãe afirmava que ela tinha.

Foi explicado à mãe que determinados medos são próprios da idade, como o medo de animais e do escuro por exemplo, e que sendo não patológicos, com o avançar da idade o mais provável seria que os viesse a ultrapassar.

Estipulou-se um contrato semanal de 45 minutos à terça-feira. Não ficou previamente estabelecida a data para finalizar o processo terapêutico, acordámos esperar o desenrolar das consultas para o definir.

2ª Consulta

A B entrou bem-disposta e com vontade de conversar.

Numa primeira fase foi explicado o papel do psicólogo, que é uma espécie de médico dos medos e que ajudava as crianças a vencer os seus próprios medos. Conversou-se sobre o impacto que a B considerava que o medo tinha na sua vida, inicialmente acha que não a atrapalha muito porque tinha a mãe que a ajudava nesses momentos. O técnico explicou-lhe que com treino ela ficaria forte o suficiente para que vencesse os medos sem ajuda de ninguém. Achou difícil, porque quando vê cães fica muito nervosa e só lhe apetece fugir.

Procurou abordar-se a natureza universal do medo, e nesse sentido, foi-lhe dito que a maioria das crianças sente medo de alguma coisa e que no geral necessitam de ajuda para vencer os medos. Com paciência é possível perceber como é que o medo se torna tão forte, e como é que se pode fazer para que ele fique fraco.

A B mudou de assunto e começou a falar da escola, disse que gosta de todas as disciplinas mas que prefere português. Que tem muitas amigas e gostam de brincar

muito a inventar histórias em que elas são as personagens, muitas das vezes em torno da série da Violeta, a qual diz gostar imenso.

3ª Consulta

Contactou-se a mãe por telefone para conversar sobre algumas estratégias que poderia utilizar consigo mesma no trato dos medos. Pediu-se que a mãe durante o dia, ou à noite ao deitar-se, reservasse uns momentos para recordar um ou dois momentos que tenha sentido medo perante um cão, ou qualquer outro estímulo. Pediu-se que depois de o visualizar, tentasse visualizar uma situação alternativa em que perante a mesma situação se visse ter uma postura e comportamento diferente, algo que ela considerasse ser uma postura adequada e mais apazível para si mesma perante a situação. Após fazê-lo, que *segurasse* por instantes o sentimento de satisfação obtido, como se fosse exatamente esse o comportamento que tivesse adotado perante o estímulo stressor.

Caso atravessasse por um momento imprevisto com um cão na rua, que procurasse respirar fundo e ter pensamentos seguros. Referiu-se que talvez fosse difícil fazê-lo nas primeiras ocasiões, mas que quanto mais esforço investisse na tentativa, melhor se sairia a cada oportunidade. Que visualizasse a voz do medo como uma das vozes dentro de si, e não a voz principal, que tentasse recordar que tem direito a sentir medo mas que não necessita de se render a ele.

Conversou-se sobre a importância de expor a B a exemplos de segurança e confiança, uma vez que nesta idade as crianças tendem a imitar os pais. Quando visse um cão ou gato com o qual sentisse confiança, que lhe fizesse umas festas sem obrigar ou pedir à B que fizesse o mesmo. Perante a experiência pediu-se que a mãe procurasse sentir a experiência de confiança e segurança e que desfrutasse do momento.

Sugeriu-se também que colocasse no quarto de B uma luz de presença, de maneira a que acordando a meio da noite ela a pudesse acender caso necessitasse. Deveria recusar-se a levantar da cama a meio da noite caso a B a fosse chamar para que a levasse à casa de banho, mas que deveria incentivá-la a acender a luz e a ir por ela mesma, assegurando que estaria atenta até que a filha voltasse para a cama.

A mãe consentiu e mostrou-se interessada em adotar uma nova postura.

Por fim, foi-lhe pedido que estivesse mais atenta às vezes que conversa com terceiros ou diretamente com B, observando se estaria ou não a identifica-la demasiado com os medos e vice-versa. Já que as crianças tendem a acreditar no que as figuras modelos dizem, facilmente integram essa informação. A cada comportamento corajoso da filha para com estímulos stressores, sugeriu-se que a mãe reforçasse dizendo-lhe o quanto se sente orgulhosa.

A mãe assumiu que talvez estivesse a proteger demasiado a B em algumas ocasiões, permitindo comportamentos que reforçariam os medos filha. Disse também que talvez falasse demais sobre os medos da B no seu dia-a-dia, mas que iria fazer um esforço por estar atenta e travar tal impulso.

4ª Consulta

Depois dos momentos iniciais, sugeriu-se que fizesse um desenho da sua família, desenhou todos numa dança coletiva em casa, todos alegres e divertidos. Acabou por investir no desenho durante toda a consulta.

5ª Consulta

A B levou a agenda da Violeta e fez questão de anotar o aniversário do psicólogo.

O técnico assumiu que não conhecia a séria da Violeta, e perguntou se a Violeta tinha medos. A B disse que sim, que a Violeta antes de subir ao palco, por vezes tinha

receio e ficava ansiosa. Ela explicou que a Violeta quando começava a cantar que o medo desaparecia e que acabava por se divertir imenso enquanto cantava.

Falando do medo que sente quando vai à casa de banho, perguntou-se-lhe o que é que o medo lhe diz nessas alturas. Ela disse tinha medo que aparecesse um fantasma ou monstro, ou que a porta ficasse trancada. Seguindo o livro de Gonçalves (2000), foi-lhe dito que uma das primeiras formas de se vencer o medo é não acreditar nele, temos de ser desobedientes. Se ele diz que não somos capazes de ir à casa de banho sozinhos e se acreditarmos nele, ele vai ficando mais forte.

Quando o medo fala, ficamos com o coração a bater mais rápido e pensamos em coisas más, e se obedecermos ele calasse e ficamos mais calmos. *“Quando sentes medo pedes ajuda a quem?”* Disse que a chama pela mãe. Explicou-se que o medo nos faz isso, diz que precisamos de ajuda e para não irmos à casa de banho, ou que o escuro é perigoso. Se acreditarmos nele ele calasse e ficamos mais calmos, mas também ficamos mais fracos e numa próxima oportunidade o medo volta a dizer que coisas más podem acontecer.

É preciso sermos desobedientes com o medo, é mais fácil falar do que fazer, mas é possível.

Sugeriu-se fazer uma lista dos seus medos mais fortes, aqueles que lhe faziam sentir mais medo. A B referiu os cães e o escuro. Voltou a dizer que de gatos já não tinha porque já sabia que *“se não me meter com eles, eles não fazem mal e ficam no seu canto.”*

Propôs-se-lhe uma experiência, *“que tal se apagarmos a luzes da sala?”*. Com um sorriso nervosinho respondeu *“uuuuh”*. *“Vamos a isso? Sabes que estou aqui contigo e não deixarei que nada de mal de aconteça.”* A B foi muito pronta, e em iniciativa foi até ao interruptor e apagou a luz, na verdade pouco aparentava ter medo do

escuro só por si. Inclusive, foi possível vislumbrar a B a afastar-se do interruptor, e em tom de brincadeira perguntou *“sabes onde estou agora?”* *“Pareceu-me ouvir-te andar, acho que já não estás no mesmo sítio.”* Respondeu: *“Ahah, pois não. Andei um bocado para o lado.”* *“Muito bem. O medo está a dizer-te alguma coisa?”* Ao que respondeu: *“Oh... não estou a sentir medo!”* *“Bom, então consegues e acender a luz novamente? Parece que superaste este desafio muito bem.”* E assim o fez, ao acender a luz estava com uma expressão de brincadeira.

Perguntou-se-lhe se à noite sentia o mesmo no meio do escuro, ela disse que não, que aí sente mais medo porque *“estou longe da luz”*. Reforçou-se a ideia de colocar uma luz de presença. *“Sabes B, podias pedir aos teus pais que colocassem uma luz de presença mesmo ao pé da cama. Assim, quando acordasses a meio da noite, poderias acendê-la, e se te apetecer podes ir à casa de banho porque vês bem o caminho.”*

Achou boa ideia.

6ª Consulta

A B chegou animada à consulta, e quando entrou contou que os pais lhe colocaram um candeeiro mesmo ao lado da cama. *“Quando acordo a meio da noite é só acender e vejo tudo bem!”* Contou que o chegou a utilizar mas que foi na mesma acordar a mãe para lhe dizer que ia usar a casa de banho do seu quarto e pedir-lhe que ficasse a olhar para a porta. Diz que a mãe o fez e que depois voltou para a cama e apagou a luz.

Continuou-se a trabalhar segundo o livro *“Pôr os medos a fugir- As aventuras da Joana contra o medo”*.

Desta vez, conversou-se sobre três truques para por o medo a fugir. O primeiro é desobedecer ao medo devagarinho para o apanharmos distraído; o segundo é fazer o corpo sentir-se bem para não se ficar com a doença do medo no corpo; o terceiro truque

consiste em ficar atenta ao que o medo lhe diz para perceber se o que ele diz é mesmo verdade ou se está só a querer que a B faça o que ele quer.

Explorou-se o primeiro truque, desobedecendo ao medo devagarinho. A ideia é desobedecer ao medo apenas quando ele não é perigoso. Por exemplo, ir à casa de banho é um medo que não é perigoso porque tem alguém em casa e se precisar de ajuda basta chamar. Por outro lado, *“quantas vezes foste à casa de banho e viste monstros ou fantasmas?”* Respondeu *“nenhuma”*, no exemplo pode mostrar-se à B como por vezes o medo mente e tenta enganar.

“Mas por exemplo, se o medo te disser para não atravessares a estrada fora da passadeira, e sem olhares a ver se vem algum carro, aí o medo tem razão.” Respondeu que sim, *“devemos atravessar sempre na passadeira para não sermos atropelados.”* Foi-lhe explicado que é importante que antes de desobedecer ao medo, deve pensar um bocado e perceber se na verdade existe perigo ou não. Perguntou-se-lhe *“tens medo de ir ao jardim zoológico onde tem tantos animais?”* Respondeu que não, *“eles estão em jaulas, não conseguem sair e fazer-nos mal”*. Muito bem, se o medo te atacasse no jardim zoológico, achas que ele estaria a mentir? *“Sim.”*

“Outro exemplo, quando o medo te disse para não te aproximares do gato pequenino que a tua mãe levou até casa, achas que o medo te estava a proteger?” *“Oh, eu tive medo que ele me arranhasse!”* Disse. *“Eu percebo, mas achas que podias ter desobedecido ao medo e ter brincado com o gato?”* Respondeu *“sim, acho que sim.”*

O foco da consulta foi o de deixar claro que nem sempre devemos desobedecer ao medo, só quando ele nos prejudica e nos impede de desfrutar de determinados momentos, ou de viver outros com naturalidade.

7ª Consulta

A B contou que o pai lhe ensinou um truque, *“que é não olhar os cães nos olhos, eles não gostam.”* Ao que o técnico respondeu que *“Já tinha ouvido falar nesse truque, e já experimentei. Realmente resulta.”* Perguntou-se-lhe se já tinha utilizado essa estratégia, mas respondeu que ainda não.

Perguntou-se à B se se lembrava do truque que tínhamos aprendido na semana passada, disse que sim que era o truque de ver se o medo tinha razão quando falava connosco e que não lhe devia ligar.

“E usaste o truque alguma vez?” Respondeu que não. Foi-lhe dito que não fazia mal, mas que para conseguir vencer o medo, era muito importante que quando tivesse medo que não lhe devia obedecer caso ele não tivesse razão.

De seguida, procurou explorar-se o segundo truque enumerado por Gonçalves (2000), fazer o corpo sentir-se bem, nesse sentido, explorou-se a técnica de relaxamento. Explicou-se que o relaxamento serve para deixarmos o corpo mais calmo e combater contra as sensações más que o medo nos faz sentir, e.g. suores, coração a bater muito rápido, vontade de fugir para qualquer lado o mais rápido possível.

“Normalmente, quando sentimos medo o corpo fica duro como se fossemos um robot, mas se conseguirmos relaxar ele fica calmo e mole, como um boneco de trapos.”

Desafiou-se a B a experimentar o relaxamento, começando por lhe pedir que colocasse a mão em tensão, *“quando o medo nos ataca, ficamos um pouco assim não é? Rijos.”* Depois pediu-se que deixasse a mão muito mole, *“assim é como ficamos quando estamos relaxados. Desta forma podemos controlar como o nosso corpo se sente”*. Numa segunda fase desafiou-se a B a deixar o corpo mole, relaxado, e que fechasse os olhos. Num segundo momento pediu-se que imaginasse uma situação muito assustadora, ela reagiu abrindo muito os olhos e enrijecido os músculos. *“Vês? O medo*

faz-nos isso. Faz-nos sentir assustados e ficamos com o corpo a sentir-se como te estás a sentir.” Disse que imaginou um cão muito grande a correr atrás dela. Tentou-se novamente. *“Agora vamos fazer o seguinte, vais novamente fechar os olhos e imaginar uma situação assustadora, mas desta vez não abras os olhos. Sabes que aqui só estamos a utilizar a imaginação e que não te irá acontecer o que imaginares.”* Quando ela começou a revelar expressões de medo, foi-lhe pedido que respirasse fundo e que procurasse relaxar o corpo (deixá-lo mole) enquanto imaginava o medo. Foram necessárias algumas tentativas, mas por fim ela conseguiu estar calma a imaginar sem expressar o medo.

No momento seguinte pediu-se-lhe que ela não fugisse do cão, que parasse e disse ao cão para parar. *“Parou?” “Sim” respondeu. “Ótimo, então agora dá-lhe uma festinha na cabeça.”* Ela sorriu enquanto o fazia.

Nesta sessão foi importante deixar claro que podemos relaxar quando queremos e que podemos dominar o medo dentro de nós. *“Quanto mais treinares esta técnica, mais forte ficarás e o medo ficará cada vez mais fraco.”*

Por fim, foi desafiada a um contracto, mas que só o aceitaria se achasse que estava pronta. A proposta era fazer uma festinha que sentisse confiança, por exemplo, um pequenino que fosse calmo. Ela consentiu com alguma reticência, acabou por dizer que sim, mas só se fosse a um que ela queria. Foi-lhe dito que poderia ser, ficou acordado que quando visse o cão que iria tentar desobedecer ao medo se este lhe fizesse pensar em coisas más e que fizesse um pouco de relaxamento se se começasse a sentir nervosa.

No final da consulta conversou-se com a mãe sobre o combinado, mas pediu-se que não fizessem pressão, que ela fosse ao seu ritmo. *“Oh, quero ver isso”* disse a mãe. *“Ora mãe, vamos confiar na” B.*

8ª Consulta

A mãe desmarcou a consulta.

9ª Consulta

No início da consulta perguntou-se à B se tinha encontrado o cão para dar uma festinha, disse que não e que também não tinha dado a mais nenhum. *“E os truques que aprendemos aqui? Utilizaste algum?”* Disse que sim, uma das noites acordou a meio da noite e teve medo, mas acendeu a luz e ficou mais calma. Percebeu que estava com o corpo rijo e fez por relaxar, depois levantou-se e foi até à casa de banho mas que foi acordar a mãe para avisar que ia à casa de banho. *“E pediste-lhe para ficar a olhar para ti?”* Disse que não, *“foi só para ela saber.”* Na verdade nem precisavas de a ter acordado pois não, disse que não mas que assim era melhor.

Revimos os truques das semanas anteriores e treinamos o relaxamento durante 10 minutos, imaginando situações assustadoras e mantendo-se calma. Aderiu satisfatoriamente, pareceu levar o relaxamento como algo divertido. *“Estás a ficar mais forte. Consigo ver isso.”* Ela sorriu contente.

Até ao final da consulta conversou-se sobre o terceiro truque para enfrentar o medo e pô-lo a fugir – ter outros pensamentos.

Numa primeira fase falou-se sobre os poderosos argumentos que o medo utiliza, *“por exemplo, quando contaste que tinha medo de ir à casa de banho porque podiam aparecer monstros ou porque podias ficar trancada. O medo usou essas razões para te dominar.”* Foi-lhe dito que se tomasse atenção que o medo mente muito porque mesmo que a porta ficasse trancada, bastava ela chamar os pais que eles haveriam de abrir a porta. *“Na verdade, não havia assim um perigo tão grande.”* Numa segunda fase, explorou-se uma estratégia sugerida por Gonçalves (2000), perguntar ao medo: *“e depois? O que é que irá acontecer?”* *“E irás reparar que muitas das vezes ele fica logo*

sem resposta.” Explicou-se. Foi acrescentado que deveria utilizar novos pensamentos, *“por exemplo, se o medo te disser que à noite pode aparecer um fantasma no escuro, podes pensar algo como: oh lá estás tu com as tuas conversas. Eu nunca vi nenhum fantasma, cá para mim estás a mentir.”* A B acrescentou, também posso acender a luz e acabou-se o escuro. *“Exatamente!”*

Foi-lhe dito a importância de pensar coisas boas, que em situações em que o medo começasse a falar que podia pensar que era forte e corajosa. Ou que estava a aprender truques para vencer o medo.

Relembrou-se que é necessário pensar primeiro se o medo tem ou não razão. *“Se fores saltar de muito alto, o medo poderá dizer-te para não o fazeres porque te podes magoar. Nesse caso ele tem razão.”*

Foi-lhe dito que agora ela conhecia os 3 truques principais para vencer o medo. Ver se ele tem razão e se está a exagerar, se sim, então deverá desobedecer. Por exemplo, quando tiver medo do escuro, ou de ir à casa de banho sem ter alguém a olhar para ela. Depois, a técnica do relaxamento, que poderá usar para se manter calma quando o medo atacar. E por último, a técnica de perguntar ao medo “e depois?” pensando pensamento positivos e agradáveis.

10ª Consulta

Esta consulta foi uma autêntica surpresa, tinha ficado planeado treinar as técnicas em consulta, mas mãe pediu para entrar e iniciou propondo que interrompêssemos o processo ou definitivamente, ou pelo menos temporariamente.

Refere que a B na última semana acordou em duas noites distintas, acordando a mãe para usar a casa de banho, e que pouco depois de voltar para a cama, começou a gritar e a tremer a chamar pela mãe. Nestas duas noites a mãe acabou por dormir no

quarto da B. Também referiu que anda com mais medo de andar por casa e de ir à casa de banho.

A mãe acha que estes acontecimentos estão relacionados com o facto de todas as semanas de falar sobre medos na consulta. Com o explorar da conversa, procurando perceber algumas rotinas diárias, questionou-se a mãe sobre quando é que os medos se intensificam, se só à noite ou se durante todo o dia. A mãe respondeu que é à noite, que durante o dia a B por vezes fica duas a três horas sozinha em casa ou com o irmão e que não tem problemas em usar a casa de banho.

Foi um pouco surpreendente perceber que a B com 7 anos por vezes fica sozinha em casa, não só pela sua idade, mas pelo historial de medos.

A mãe continuou dizendo que acha que as consultas estão a causar muita pressão à B. Afirma que a irmã a tem pressionado para dar festinhas ao cão do seu namorado e que a B constantemente recusa. Acrescentou que o pai *“até já se chateou lá em casa para se parar com a história dos medos e das festinhas aos cães.”*

Foi explicado à mãe que o intensificar dos medos se poderia dever ao trabalho que está a ser feito, uma vez que poderá ativar determinados mecanismos internos da B.

Perante a persistência da mãe em desistir da continuidade do processo, o técnico arriscou dizer que a doença da B e o seu desenvolvimento desde o nascimento tornam perfeitamente natural uma superproteção parental. Mas que dessa superproteção a probabilidade de a B desenvolver comportamentos ansiosos é grande e que acaba por se tornar um género de ciclo vicioso.

A mãe assumiu que dada a condição clínica da B há nascença, sempre a protegeu muito e provavelmente terá contribuído para a sua insegurança. Disse *“foi como disse o neurologista, que a culpa é minha e que tenho de mudar de atitude.”*

Referiu-se que a culpabilização não seria solução reforçando-se a ideia de que perante a condição clínica da filha é natural que acabasse por proteger a filha, dada a fragilidade da B seria normal que uma mãe ficasse mais receosa e atenta para com as ameaças externas. Contudo, a mãe talvez conseguisse ajudar a filha se adotasse uma atitude mais assertiva não sucumbindo às vontades da B quando são notoriamente exageradas. Quer quando estão relacionadas com medos excessivos ou quando pede ajuda para fazer algo sem ter tentado fazê-lo por algum tempo.

Por outro lado, como a pesquisa acerca da fenilcetonúria revela que tremores são um dos sintomas quando há excesso de fenilalanina no organismo, sugeriu-se que os pais ponderassem a alimentação a fim de perceber se a B estará ou não a ingerir demasiada proteína de origem animal.

A mãe pressionou a interrupção e disse só ter vindo a esta consulta porque a B *“até chorou. Diz que gosta de vir que não queria deixar de vir.”*

Decidiu-se pela interrupção das consultas por três semanas, a B mostrou-se triste de início, mas quando percebeu que iríamos continuar mostrou-se mais contente.

Ficou igualmente acordado com a mãe e a B que as sessões terminariam na última semana de maio.

A interrupção coincidiu com as férias da Páscoa.

11ª Consulta

Após duas semanas de interrupção, a conversa iniciou-se em torno das férias da Páscoa. Optou-se por não se falar de medos e deixar a conversa fluir, acabou por contar alguns episódios passados durante as férias.

Durante a conversa reparou na mala de Ruth Griffiths de estava em cima de um banco perto da secretária. Perguntou o que era e explicou-se que eram jogos para as crianças fazerem e que pelos resultados se poderiam ver quais os pontos fortes e fracos

de cada um para poder ajudar a melhorar nos pontos fracos. Dado o historial de atraso no desenvolvimento, desafiou-se a B a fazer uns jogos ao que consentiu.

Durante o restante tempo de consulta aplicou-se a escala de desenvolvimento de Ruth Griffiths (EDRG), à qual aderiu colaborando satisfatoriamente com todas as atividades propostas.

12ª Consulta

Assim que entrou na consulta disse que na semana anterior se tinha esquecido de contar que tinha dado uma festinha num cão. Perguntou-se-lhe como se tinha sentido, ela disse que o cão era bonzinho e que deu mais do que uma festinha.

A consulta decorreu em torno da estratégia que utilizou, disse ter falado consigo mesmo para não ter medo, porque o cão era fofo. Estava bastante empolgada ao relatar o episódio. Reforçou-se o seu comportamento *“Muito bem, estás a ficar cada vez mais forte, já comes a vencer o medo.”*

Dada a sensação de insegurança do técnico para falar acerca do medo, lembrou-se a B que os jogos da semana passada não tinham ficado concluídos. Perguntou-se se estaria interessada em continuar, respondeu que sim.

O restante tempo de consulta ficou para a conclusão da aplicação da EDRG.

13ª Consulta

Desta vez contou que já foi à casa de banho sem chamar a mãe à noite. Disse que a mãe lhe ofereceu uma lanterna, assim, basta acender a luz de presença, pega na lanterna, acende e vai acendendo as luzes da casa até chegar à casa de banho. Depois volta para a cama e vai apagando as luzes.

Jogámos o jogo do galo enquanto se conversou. Disse que quando for grande queria ser como a Violeta, para cantar e dançar. Perguntei-lhe como era a Violeta e

eventualmente acabou por contar como ela às vezes tinha medo mas que os ultrapassava sempre.

Aproveitando a oportunidade, voltou-se a falar sobre os truques para se vencer o medo. A B referiu que se lembrava que não podemos acreditar em tudo o que ele diz, e que podemos ter pensamentos bons quando ele nos diz coisas más. Recordou-se-lhe do relaxamento e sugeriu-se praticar um bocado, a B aceitou.

Desta vez, depois de fechar os olhos, pediu-se à B para se recordar do momento em que viu o cão, e que desafiou o medo. Seguindo-se de instruções para dar muitas festinhas ao cão. O seu ar era muito alegre. Num segundo momento pediu-se à B que pensasse numa coisa assustadora à sua escolha, mostrou expressões corporais de medo, disse que eram muitos cães maus atrás dela. Lembrou-se que poderia respirar fundo para ficar mais tranquila, ela fê-lo. *“Agora imagina que páras e olhas para trás, estás a ver os cães a vir de frente e eles param mesmo em frente a ti.”* Ela sorriu, *“agora imagina que uns se sentam, outros se deitam no chão e que estão só ali, simplesmente a descansar. Agora vai ter com um que te apeteça e brinca um pouco com ele.”*

Dada a aparente evolução da B no ambiente exterior às consultas, e tendo em conta que esta se deu na altura em que se interromperam as consultas, perguntou-se à B se se importava que na próxima semana apenas viesse a mãe à consulta. Ficou explicado que o objetivo era o de conversar sobre a evolução positiva que a B estava atravessar. De início insistiu para vir à consulta, mas acabou por aceitar.

Assim, no final da consulta pediu-se à mãe que viesse sozinha na semana seguinte para se conversar com algum tempo acerca da evolução da B.

14ª Consulta

A mãe apareceu à consulta, conversou-se sobre o episódio da lanterna e da festinha ao cão. A mãe afirmou *“sim foi bom, e acho que a minha atitude está a mudar.”*

Desde a nossa última conversa que percebi que tinha que mudar, até porque ando muito cansada com isto tudo. Torna-se esgotante estar constantemente a ouvir falar de ajuda nisto e ajuda naquilo, e olha pra mim enquanto vou à casa de banho. Ou quando me acorda a meio da noite.” (...) “Também acho que o facto de ter dito que ela iria deixar de vir às consultas por não estarem a ajudar, que a fez pensar e mudar um pouco de comportamento.”

Foi dito à mãe que se tinha aplicado a EDRG, e nesse sentido, aplicaram-lhe à mãe os itens passíveis de serem respondidos por pais ou cuidadores. A mãe consentiu e terminou-se a administração da prova. Ficou acordado que assim que a cotação tivesse terminada, seria contactada para falar um pouco sobre os resultados.

A conversa poderia ter sido realizada por telefone mas preferiu-se presencialmente, para que mãe e psicólogo estivessem sem distrações.

15ª Consulta

Como havia ficado combinado, contactou-se a mãe telefonicamente para se dar o feedback dos resultados da EDRG.

No geral a B apresentou na subescala Locomoção resultados característicos da denominada Zona “Borderline” do desenvolvimento, mais próximos da Zona Média Baixa do que da Zona de Atraso do Desenvolvimento. Dada a sua condição clínica podem ser considerados resultados normativos. Os resultados são prejudicados por não conseguir andar de bicicleta, descer escadas a correr ou manter-se equilibrada num só pé por mais de vinte segundos (e.g.).

Na subescala Pessoal-Social foram apurados os resultados mais baixos ao nível pessoal (Zona do atraso do desenvolvimento). Resultados prejudicados principalmente pela sua baixa autonomia quanto às tarefas relativas ao vestuário e higiene pessoal.

Na subescala Audição e Linguagem, os resultados cotam-se ao nível da Zona Média Baixa do desenvolvimento, prejudicados principalmente pela baixa compreensão dos conceitos de diferentes e opostos.

Na subescala Coordenação Olho-Mão os resultados revelam-se normativos.

Na subescala Realização a B apresentou resultados que se pautam na Zona Superior do desenvolvimento.

Na subescala Raciocínio Prático os resultados foram representativos da denominada Zona Média Baixa do desenvolvimento, prejudicados pela não utilização de conceitos de comprimento, altura e peso. Referiu em todas as situações apenas conceitos de pequeno e grande para caracterizar respetivamente curto, baixo e leve, e comprido, baixo e pesado.

Deu-se relevo às questões relativas à autonomia incentivando a mãe a gradualmente transferir cada vez mais independência especialmente nos domínios do vestuário e higiene pessoal.

16ª Consulta

A consulta iniciou com uma síntese da conversa entre psicólogo e a mãe da B.

No momento seguinte, pediu-se à B que relatasse os episódios de medo que experienciou durante a semana. Ela disse que não tinha tido medos, começou a falar dos testes e que tinha tido boas notas.

Perguntou se poderíamos fazer um jogo, sugeri o jogo do galo e ela aceitou.

Durante o jogo fui-lhe lembrando dos três truques, e de que eles poderiam ser utilizados em todas as situações em que sentisse medo.

Ao longo do jogo fomos trabalhando alguns exemplos de respostas que poderíamos dar ao medo. Por exemplo *“imagina que eu tenho medo de atravessar a estrada, imagina que o medo me está a dizer que vou ser atropelado. O que é que eu*

podia dizer ao medo?” Respondeu “Oh, podias dizer que ias atravessar na passadeira. Ai não és atropelado.”

No final da consulta, com a intenção de preparar a B antecipadamente, recordou-se que faltavam 3 consultas para chegar ao final do processo de vencer o medo.

17ª Consulta

Na sessão imediatamente antes da B foi utilizada a mala de ludo, esta ao entrar reparou na caixa e perguntou o que era. Foi-lhe dito que poderia ir ver e explorar, ficou radiante com tantos brinquedos. Perguntou se poderia brincar um bocado e foi consentido.

Utilizou a mobília, e os bonecos da família. Montou a casa com as várias divisórias e esteve a cuidar dos personagens, desde o banho, à alimentação e hora de dormir. Aproveitando a oportunidade perguntou-se se ela também se despia sozinha para tomar banho, respondeu que a mãe a ajuda, mas que nos últimos tempos tem-se despido sozinha. Diz que a mãe só a ajuda a tomar o banho mesmo. Depois limpasse na toalha e veste o pijama sozinha. *“Só de manhã é que a minha mãe me ajuda a vestir, a roupa é mais difícil e demoro muito.”* Reforçou-se que *“com o treino verás que um dia vais conseguir vestir-te sozinha.”*

Também se perguntou pela comida. *“Alguém te dá a comida às refeições?”* Ela riu-se, disse que já era grande. *“Sei comer sozinha.”*

Enquanto brincou com os bonecos e os colocou a dormir, nunca referiu medos. Mas deitou sempre os personagens em pares. *“Porque é que eles estão a dormir juntos?”* Respondeu: *“Porque está frio, e assim fica mais quentinho.”* *“Podes colocar mais mantas na cama que também fica quentinho.”* *“Oh, eu sei. Mas eles assim podem conversar antes de adormecer.”* E continuou com a brincadeira.

18ª Consulta

Aproveitou-se a penúltima sessão para rever os três truques, e treinar o relaxamento imaginando situações assustadoras para a B com respetivas possibilidades de resposta. Foi interessante constatar que referiu medos diferentes, medo de falar quando a professora lhe perguntava uma coisa que não sabia e o medo quando a mãe se atrasava a ir apanhá-la à escola. Procurou arranjar-se exemplos adequados de resposta e confrontá-la com o que de facto acabou por acontecer. Por exemplo: *“A tua mãe foi-te apanhar na mesma não foi?”* *“Sim, eu é que pensei que ela se tinha esquecido de mim.”* Explicou-se que por vezes as pessoas se atrasam, porque acontece alguma coisa, como apanhar trânsito, ou muitos sinais vermelhos. *“São coisas que eu posso dizer ao medo.”* *“Sim, claro que podes e deves. Para continuares a ficar cada vez mais forte.”*

No final da consulta quis jogar ao jogo do galo, e foi o que foi feito. Relembrando que a semana seguinte seria a nossa última semana. E que já tinha aprendido os truques, agora teria de os colocar em prática.

19ª Consulta

A consulta prosseguiu naturalmente, perguntou-se se se podia chamar a mãe para lhe contar tudo o que tínhamos feito durante este processo. Conversou-se sobre as estratégias e fez-se um género de demonstração em frente à mãe.

A mãe aparentou satisfação e disse que estava contente com o facto da B não acordar durante a noite. Disse também que gradualmente lhe estava a dar mais autonomia a despir e vestir, e que a B já ajudava a ensaboar o corpo no banho.

No final foi dito às duas que poderiam sempre aparecer para esclarecer ou conversar sobre algo que lhe apetecesse. A consulta estaria disponível para o que necessitassem.

Discussão de caso

A criança e os ambientes com os quais interage coexistem numa influência e modelação recíproca com impacto no desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979; Shaffer, 2005). A família nuclear e a escola são considerados como os que maior influência exercem na fase mais precoce da infância (Bronfenbrenner, 1979; Perinat, Lalueza, & Sadurní, 2007).

As crianças são especialmente vulneráveis às perturbações, a sua imaturidade emocional torna-as suscetíveis aos eventos na infância e contexto familiar, podendo fortalecer bases para um desenvolvimento saudável ou conduzi-las para comportamentos autodestrutivos (Passey, 1994). Como teorizou Bowlby (1987 cit. por Ollendick & Benoit, 2012) as relações intrafamiliares precoces, influenciam a relação de vinculação, podendo predizer diversas psicopatologias futuras na criança (Bowlby, 1987 cit. por Ollendick & Benoit, 2012).

De facto, estatisticamente, 80% dos pais de crianças com perturbações de ansiedade exibem eles próprios sintomas de ansiedade significativos (Fisak & Grills-Taquechel, 2007). Tal é corroborado pelo caso da B, cujo relato materno assume que perante as dificuldades da filha, tendeu a um maior grau de proteção e cuidados (alimentação, atividades diárias e fisioterapia), derivados e derivando da ansiedade experienciada.

Como revela o processo clínico da B e as informações obtidas pela mãe, a fala e a marcha só foram adquiridos mediante muito esforço e já fora do tempo considerado normativo. Ainda que os resultados fossem surgindo, a experiência parental apresentou níveis de ansiedade elevados dadas os receios e expectativas para com as possibilidades de progressão clínica da filha. Pais e educadores fazem referência a um comportamento inibido por parte da B, o que perante a perceção de grande vulnerabilidade, poderá ter

contribuído para um estilo parental que culminou no limitar da independência da criança restringindo as suas atividades numa tentativa de a proteger dos perigos (Shamir-Essakow, Ungerer, Rapee, & Safier, 2004).

O caso da B apresenta evidências de que a sua condição clínica potenciou uma superproteção parental e que por sua vez a superproteção parental terá contribuído para o perpetuar e intensificar ansiedades intrínsecas ao desenvolvimento infantil.

Considerando o papel cognitivo e ativo da criança no seu desenvolvimento (Crain, 2005), e que este pode ser otimizado ou prejudicado pelas dinâmicas de cada microsistema (Bronfenbrenner, 1979; Palácios, 2004; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Shaffer, 2005; Sigelman & Rider, 2009), considerou-se pertinente combinar noções e princípios de várias abordagens terapêuticas.

Neste sentido, bebeu-se da terapia do relacionamento infantil, as noções de ambiente amigável e de apoio relevando a problemática emocional atual, promovendo um ambiente propício ao potencial curativo e ao desenvolvimento de comportamentos de autoajuda e gestão autónoma das emoções (Harper, 1994).

O trabalho com a B em consulta focou a identificação de sentimentos e pensamentos ansiosos, e na aquisição de estratégias para lidar com os mesmos (Chorpita & Barlow, 1998). Como referiu Barros (2003), a criança na fase operatória tende a interessar-se e a ficar motivada pela ideia da força dos pensamentos positivos e da sua coragem na luta contra o medo.

Mais especificamente, da TCC utilizaram-se técnicas comportamentais (exposição a estímulos, relaxamento e gestão de situações) e técnicas cognitivas (treino de autoinstrução, identificação de sentimentos e pensamentos ansiosos), referenciadas por Barrett, Rapee e Dadds (1996) como eficazes no sucesso terapêutico com crianças com problemas de ansiedade.

Uma vez que o sucesso terapêutico pode implicar ajustes no ambiente familiar (Wolff, 1999), combinando o treino parental com procedimentos cognitivos na criança (Barrett, Rapee & Dadds, 1996), e que a prática clínica na abordagem de PA na infância revela uma forte aderência à inclusão dos pais na terapia (Manasis et al., 2014), considerou-se pertinente incluir a mãe no processo terapêutico.

Procurou-se compreender o medo dos cães com base na dinâmica familiar relevando os processos de aprendizagem parental, baseados em três aspetos principais: modelação parental, transferência de informação e reforço parental de determinados comportamentos (Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

Quando à modelação parental, foi possível constatar que a B estava exposta a comportamentos ansiosos por parte da mãe quando em confronto com situações que implicassem cães. Também relacionada com a modelação parental está a conduta parental na resolução de problemas ou situações em que facilmente a filha desistia de investir nas mesmas. Com o tempo, a B terá aprendido que os cães são perigosos e que para resolver determinadas situações bastaria recorrer aos pais (à mãe principalmente).

A mãe ao comunicar o seu medo de cães à filha fá-lo particularizando cães abandonados e em grupo. No entanto, para uma criança de 7 anos, a tendência é a de generalizar a aprendizagem, podendo facilmente integrar a informação como “todos os cães são perigosos.”

Quanto ao reforço inadequado, era permitido pela proteção de situações precipitantes de medo ou ansiedade, pelo que ao ver cães, a mãe tendia a evitá-los mudando de passeio ou voltando atrás no seu caminho. O medo e receio adquiridos pela B eram reforçados por comportamentos evitantes por parte da mãe.

Já o medo do escuro ou da casa de banho parecem estar mais relacionados com a relação de superproteção que impede ou não estimula a devida autonomia. Reforçando

os medos típicos da idade, potenciando o seu perpetuar. A mãe ficava a olhar a B a ir à casa de banho durante o dia, ou levantando-se a meio da noite para a levar ao lavabo, ao invés de a estimular a autonomia da filha. Este tipo de comportamentos enquadram-se no que é considerado como suporte ou reforço de ansiedade e comportamentos evitantes da criança (Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Kennedy & Rapee, 2010).

Funcionando como gestor de contextos, o técnico explorou com a mãe a problemática atual demonstrando como certos mecanismos funcionais do agregado familiar poderiam contribuir para o problema. Posteriormente foram exploradas novas perspetivas conducentes à resolução do mesmo (Asbahr & Ito, 2008; Bentovim, 1999; Pianta, 2001). O objetivo foi perceber a abertura da mãe para mudanças comportamentais que favorecessem o processo terapêutico.

Foi validado o comportamento superprotetor parental, por necessidades intrínsecas à condição clínica da B, mas que perante a evolução do seu desenvolvimento e a sua capacidade para, dever-se-ia contribuir para o incremento da sua autonomia.

A noção de autoeficácia tem peso no comportamento que cada um adota diante de determinada situação. Existe uma maior tendência para se investir e esforçar em tarefas para as quais se crê ter as capacidades e competências necessárias (Bronfenbrenner, 1979). Este dado é tanto mais importante se se considerar que as crianças referenciadas por problemas de ansiedade tendem a apresentar uma baixa noção de autocontrolo sobre os eventos stressores e sobre as suas reações internas à ansiedade (Chorpita & Barlow, 1998; Weems, Silverman, Rapee, & Pina, 2003).

Por sua vez, a autoeficácia é influenciada por quatro fatores: desempenho atual, experiência vicariante, persuasão verbal e interpretação (Crain, 2005). Pelo que deverão ser tidos em consideração aquando de uma intervenção terapêutica. Segundo Crain (2005), Bandura referiu que ao nível das fobias, independentemente da técnica utilizada,

os tratamentos terão sempre melhores resultados caso seja proporcionado à pessoa o sentimento de capacidade para lidar com o estímulo temido.

Correspondendo a ansiedade a alterações das emoções e sentimentos que se relacionam com a percepção individual e subjetiva de uma ameaça futura (Erné, 2000), é validada a importância de se trabalhar o fator interpretação de Bandura no desenvolvimento da autoeficácia (Crain, 2005).

Dado que a ansiedade se manifesta psicológica e somaticamente (Fisher & Tarquinio, 2006), foi importante apresentá-la à B para que a pudesse conhecer e identificar.

Seguindo a sequência terapêutica de Gonçalves e Henriques (2002) iniciou-se a terapia com avaliação clínica e preparação da criança para o processo de intervenção, relativizou-se a experiência de medo e passou-se à identificação de medos da criança. Feito isto, trabalhou-se a externalização do medo contemplando o efeito do medo nos vários domínios de vida da criança e o seu objetivo. Foi referida a importância de se conhecer bem o medo e da importância de se ser mais forte que ele para se conseguir dominá-lo. A externalização inclui compreender os efeitos corporais, emocionais e cognitivos gerados pelo medo, não esquecendo a importância de refletir sobre os medos adaptativos.

Para compreensão das manifestações corporais da ansiedade e do medo, foram feitas mediante a visualização mental, pedindo à B que de olhos fechados imaginasse situações assustadoras. Deste modo, foi possível mostrar-lhe como o corpo reage para depois ser explorada a capacidade de o controlar. Esta segunda meta foi atingida com exercícios de relaxamento incentivando o relaxar físico em simultâneo com o ativar de pensamentos/imagens ansiosas.

Para a exploração das manifestações emocionais, pediu-se à B que colocasse por palavras o que estava a sentir nos exercícios de imaginação e o que sentia nos eventos reais que lhe induzem ansiedade. O principal objetivo era o de externalizar o medo colocando-a cada vez mais à vontade para falar sobre o assunto relativizando-o.

A exploração das manifestações cognitivas foi efetuada através da identificação dos pensamentos e argumentos utilizados pelo medo para controlar a B. Na fase seguinte a intervenção focou contra-argumentos passíveis de serem utilizados contra o medo e que fossem mais fortes dos que aqueles utilizados pelo medo.

Há medida que a intervenção foi progredindo, foi possível contactar evolução terapêutica. Isto é tanto mais verdade quando considerada a conduta da mãe, que após ter decidido por uma mudança de comportamento, impulsionou bastante o sucesso terapêutico.

Conclusão

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio e da redação do relatório foram bastante enriquecedores para o estudante, permitindo colmatar o défice da componente prática experienciada ao longo da tão teorizada licenciatura e primeiro ano de mestrado.

O estágio funcionou como um mergulho numa vertente prática da psicologia clínica, favorecendo um vislumbrar do que é considerado como a principal preocupação atual da disciplina: avaliação, previsão, prevenção e alívio dos distúrbios e deficiências cognitivas, emocionais e comportamentais (Marks, Sykes, & McKinley, 2003), focando a interação entre os diversos fatores (biológicos, psicológicos e sociais) que afetam a ação humana, numa procura por potenciar o ajustamento e eficácia pessoal (Plante, 2011) de cada utente.

Perante a inexperiência e ingenuidade enquanto estudante, preferi não criar expectativas, deixando que o ambiente tomasse conta de mim para que dentro dele pudesse ser. Neste sentido, o contexto hospitalar revelou-se entusiasmante e frutífero já que me impulsionou para a realidade prática do que é definido como modelo médico biopsicossocial, na qual me era dada a oportunidade de participar.

Via-me agora inserido na visão poética de um modelo em que a pessoa é considerada como um todo complexo que engloba saúde e doença ao nível da prevenção e promoção da saúde, mediante uma multidisciplinariedade (Matarazzo, 1982), que contempla a força da biologia humana, meio ambiente e o estilo de vida adotado por cada um (Engel, 1977).

Foi uma verdadeira apoteose o somar da população-alvo ao contexto hospitalar, faixa etária com a qual já sentia algum jeito natural para a empatia. Depois de tanto ter sido estudado relativo à psicologia e suas aplicabilidades, a psicologia pediátrica fora

área pouco explorada na universidade, o que contribuiu para uma maior ênfase na beleza que caracteriza a descoberta e a novidade.

O papel que me era agora exigido enquanto estagiário em psicologia pediátrica via-se influenciado pela formação de base académica, pelas características institucionais e pela tipologia geral da população-alvo (Fonseca, 1998; Pires, 1998).

Ainda que a disciplina abarque mais do que ali é praticado, foi-me possível participar de várias linhas gerais da sua atividade, entre as quais, avaliação e diagnóstico precoce de alterações do comportamento, promoção da saúde e desenvolvimento psicossocial (Menezes, Moré, & Barros, 2008). Dirigindo esforços preventivos principalmente a crianças em situação de risco, aos seus pais/cuidadores (Viana & Almeida, 1998), e eventualmente a professores de ensino regular e ensino especial.

Para o efeito foram praticados modelos de consulta independente (avaliação do desenvolvimento psicomotor e cognitivo); consulta de subespecialidade (colaboração no planeamento de intervenções terapêuticas individualizadas); e de apoio psicológico (Olson, Mullins, Chaney, & Gillman, 1994 cit. por Fonseca, 1998).

Como espero ter demonstrado em ambos os estudos de caso, vários são os fatores na génese das dificuldades psicológicas e/ou emocionais experienciadas pelas crianças. Como aspeto comum, creio que a oportunidade de explorar com as famílias as possibilidades que contribuíram para o que é (i.e., a atual experiência que os conduz à consulta), permite ou tem o potencial de promover por si só uma desculpabilização/aceitação. De tal modo que a ideia de que o que é, não dita o que tem de ser, parece despertar ou reconduzir a energia familiar num sentido resolutivo ou curador.

A ideia de que a responsabilidade parental tem um peso substancial no processo de cura demonstrou nestes dois casos, que a procura por ajuda, seguida da aceitação dessa responsabilidade foram fundamentais no processo terapêutico.

Reflexões Finais

O estágio académico foi uma oportunidade para aplicar na prática o que foi aprendido ao longo do percurso académico. Foram sentidas várias dificuldades ao longo do estágio e do processo de redação do presente relatório.

Ao nível do estágio, a maior dificuldade experienciada tem que ver com a função do psicólogo. Várias vezes me assaltou o pensamento a questão: “poderei eu na minha ingenuidade e ignorância prejudicá-las mais do que na prática as ajudo?” Creio que esta foi a minha maior dificuldade, a de gerir o meu papel, a execução do mesmo, fazendo por alcançar o melhor possível para minimizar as hipóteses de ao invés de ajudar, prejudicar.

Se de certa forma, este medo parecia querer impedir-me ou dificultar, na verdade creio que consegui utilizá-lo como reforço ao empenho e profissionalismo que na verdade me competia.

Muitas vezes questioneei se o que estava a fazer ajudaria mais do que prejudicaria, foi difícil aceitar que o caminho da aprendizagem exige que o erro, o cair, e o levantar para fazer melhor. O problema é que cada erro meu, implicaria alguém que em primeira instância me encontra por necessitar de ajuda. Um paradoxo tremendo...

Tive que me focar, aprender, dar o meu melhor e manter o bom ânimo.

Foi uma oportunidade grandiosa a de poder partilhar e participar dum trabalho multidisciplinar, focado na população infantil.

Nunca pensei poder participar do que é o Sistema Nacional de Saúde, ainda que existam limitações e que a psicologia por vezes seja desconsiderada se considerarmos os apoios que lhe são auferidos, acredito que cada vez exerce mais e melhor a sua atividade.

Derivado das várias conversas com colegas de turma e da minha experiência pessoal, creio que o curso corresponderia mais e melhor aos propósitos da formação em psicologia se contemplasse duas disciplinas durante a licenciatura e mestrado. Em primeiro, uma unidade curricular que contemplasse prática de redação de artigos científicos, talvez até, devesse ser uma disciplina integrada em todos os semestres de licenciatura e mestrado. Desta forma, os alunos teriam a oportunidade de participar da redação dos mesmos aprendendo o seu *know-how* enquanto trabalhavam por conseguir publicar tais artigos na revista da universidade, almejando cada vez mais revistas de categorias superiores. Por outro lado, capacitaria os alunos para a prática científica e concomitantemente para a redação de relatórios de estágios, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Em segundo, sugeria uma cadeira que contemplasse a prática observacional e que procurasse também focar uma complementaridade com as matérias aprendidas em teoria.

Referências bibliográficas

- Aiken, L. R. (2003). *Psychological testing and assessment* (11 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Al-Yagon, M. (2015). Fathers and mothers of children with learning disabilities: links between emotional and coping resources. *Learning disability quarterly*, 38(2), 112-128.
- Amaral, J. R. (1966). *I. A. (Escala reduzida das matrizes progressivas de J. C. Raven): Um teste de Factor "g" aferido para a população portuguesa*. Lisboa: Tip. Peres.
- Amaral, J. R. (1967). *O teste da barragem de Toulouse e Piéron (na medição e diagnóstico da atenção: elementos de aferição para a população portuguesa*. Lisboa: Gráfica Imperial.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5 ed.). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6 ed.). Washington, DC: Autor.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Asbahr, F. R., & Ito, L. M. (2008). Técnicas cognitivo-comportamentais na infância e adolescência. Em A. V. Cordioli, *Psicoterapias: abordagens actuais* (pp. 731-744). Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (2002). *Self-efficacy: the exercise of control* (5 ed.). New York: W. H. Freeman and Company.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2 ed.). New York: The Guilford Press.

- Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Dadds, M. R. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333-342.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2010). Família, saúde e doença: a intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, 3 (3), pp. 207-221. Obtido em 12 de Fevereiro de 2015, de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/768>
- Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Benjamin Jr., L. T., DeLeon, P. H., Freedheim, D. K., & VandenBos, G. R. (2003). Psychology as a profession. Em D. K. Freedheim, & I. B. Weiner, *Handbook of psychology: History of psychology* (Vol. 1, Chap. 2, pp. 27-45). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bentovim, A. (1999). Terapia familiar. Em S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 245-265). Lisboa: Climepsi.
- Bernstein, D. A., Clarke-Stewart, A., Penner, L. A., & Roy, E. J. (2012). *Psychology*. confirmar na mediateca: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bloch, S. (1999). Psicoterapia de apoio. Em S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias* (1 ed., pp. 297-320). Lisboa: Climepsi.
- Brown, R. T. (2004). Introduction: changes in the provision of health care to children and adolescents. Em R. T. Brown, *Handbook of pediatric psychology in school settings* (pp. 1-20). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Análise psicológica*, 75-82.

- Carvalho, A. D. (2009). O Rei: um teste para avaliação da fluência e precisão da leitura no 1º e 2º ciclos do Ensino Básico. *Psychologica*, 51, pp. 283-306.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia ciência e profissão*, 396-405.
- Clarkson, P. (1994). The psychotherapeutic relationship. Em P. Clarkson, & M. Pokorny, *The handbook of psychotherapy* (1 ed., pp. 28-48). New York: Routledge.
- Cordioli, A. V., Wagner, C. J., Cechin, E. M., & Almeida, E. A. (2008). Psicoterapia de apoio. Em A. V. Cordioli, & Colaboradores, *Psicoterapias: abordagens atuais* (3 ed., pp. 188-203). Porto Alegre: Artmed.
- Correia, L. d. (s.d.). *Alunos com dificuldades de aprendizagem específicas: retórica, presente e futuro*. Obtido em 12 de Março de 2015, de <http://ipodine.pt/wp-content/uploads/2014/03/Alunos-com-DAE.pdf>
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com dificuldades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise psicológica*, 2 (22), 369-376.
- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem. *Revista brasileira de educação especial*, 13 (2), 155-172.
- Cunha, C. A., Sisto, F. F., & Machado, F. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e o autoconceito num grupo de crianças. *Avaliação psicológica*, 5 (2), 153-157.
- Cyssau, C. (2005). *A entrevista clínica* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Division of clinical psychology (DCP). (2001b). *The core purpose and philosophy of the profession*. Leicester: BPS.
- Drotar, D. (2005). Commentary: involving families in psychological interventions in pediatric psychology: critical needs and dilemmas. *Journal of pediatric psychology, 30(8)*, 689-693.
- Enelow, A. J., Forde, D. L., & Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista clínica e cuidados ao paciente* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine, 10(3)*, 317-331.
- Erné, S. A. (2000). O exame do estado mental do paciente. Em J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico-V* (5 ed., pp. 67-74). Porto Alegre: Artmed.
- Ernst, M. M., Barhight, L. R., Bierenbaum, M. L., Piazza-Waggoner, C., & Carter, B. D. (2013). Case studies in clinical practice in pediatric psychology: the "why" and "how to". *Clinical practice in pediatric psychology, 1 (2)*, 108-120.
- Fisak, B., & Grills-Taquechel, A. E. (september de 2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology, 10(3)*, 213-231.
- Fisher, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Paris: Instituto Piaget.
- Fonseca, M. A. (1998). O papel do psicólogo pediátrico. *Análise psicológica, 177-181*.
- Goldfinger, K., & Pomerantz, A. M. (2010). *Psychological assessment and report writing*. California: Sage publications.
- Gonçalves, M. M. (1994). *Rorschach na avaliação psicológica: Aspectos teóricos e análise de casos*. Braga: S.H.O. - Sistemas Humanos e Organizacionais.

- Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2003). Contributos para a divulgação de instrumentos de avaliação psicológica. Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 7-14). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gregory, R. J. (2004). *Psychological testing: history, principles, and applications*. Boston: Pearson Education Group.
- Guillevic, C., & Vautier, S. (2001). *Diagnóstico e testes psicológicos* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Harper, P. (1994). A spectrum of psychological therapies for children. Em P. Clarkson, & M. Pokorny, *The handbook of psychotherapy* (1 ed., pp. 158-171). New York: Routledge.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Rettew, D. C., Dufton, L., . . . Biederman, J. (march-april de 2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard review of psychiatry*, 16(2), 113-125.
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2001). *Psychological testing: principles, applications, and issues* (5 ed.). Stamford: Wadsworth.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2 ed.). London: Routledge.
- Last, C. G. (2009). *S.O.S. Crianças: como o seu filho pode vencer a ansiedade e o medo* (1 ed.). Alfragide: Casa das letras.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (1 ed.). Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2008). *Entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de século.
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., & Mistry, J. (2003). Introduction: dimensions of developmental psychology. Em R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry,

- Handbook of psychology: developmental psychology* (Vol. 6, pp. 1-10). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Marks, D. F., Sykes, C. M., & McKinley, J. M. (2003). Health psychology: overview and professional issues. Em A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology: health psychology* (Vol. 9). New Jersey: Wiley.
- Mawson, A. R. (2012). Toward a theory of childhood learning disorders, hyperactivity, and aggression. *International Scholarly Research Network Psychiatry, 2012*, pp. 1-19. Obtido em 12 de Março de 2015, de <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/589792/>
- Menezes, M., Moré, C. O., & Barros, L. (2008). Psicologia pediátrica e seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise psicológica, 227-238*.
- Mesibov, G. B. (1984). Evolution of pediatric psychology: historical roots to future trends. *Journal of pediatric psychology, 9*, 3-11.
- Mira, N. V., & Marquez, U. M. (janeiro de 2000). Importância do diagnóstico e tratamento da fenilcetonúria. *Revista de saúde pública, 34 (1)*, pp. 86-96.
- Oliveira, D. S., & Lopes, R. d. (2010). Implicações emocionais da chegada de um irmão para o primogênito: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo, 15 (1)*, pp. 97-106. Obtido em 29 de Maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100011&script=sci_abstract&tlng=pt
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical child and family psychology review, 15*, 81-91.

- Palácios, J. (2004). Psicologia evolutiva: conceito, enfoques, controvérsias e métodos. Em C. Coll, Á. Marchesi, J. Palácios, & Colaboradores, *Desenvolvimento psicológico e educação* (pp. 35-36). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8 ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Passey, M. (1994). Analytical psychotherapy with children. Em P. Clarkson, & M. Pokorny, *The handbook of psychotherapy* (1 ed., pp. 172-194). New York: Routledge.
- Peixoto, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem: repercussões afectivas, comportamentais e na progressão escolar*. Minho: Universidade do Minho.
- Pereira, A. C. (2005/2006). *Hospital São Francisco Xavier: serviço de pediatria: consulta de desenvolvimento e consulta de avaliação psicológica: relatório de estágio*. Lisboa: [s.n.]. Relatório de estágio apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada na área de psicologia clínica.
- Pereira, M. G. (1996). O psicólogo no contexto da saúde: modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 14 (2/3), pp. 357-361. Obtido em 20 de Janeiro de 2015, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8671>
- Perinat, A., Lalueza, J. L., & Sadurní, M. (2007). *Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico*. Barcelona: Editorial UOC.
- Photos, V. I., Michel, B. D., & Nock, M. K. (2008). Single-case research. Em M. Hersen, & A. M. Gross, *Handbook of clinical psychology* (Vol. 1, pp. 224-225). New Jersey: Wiley.
- Pianta, R. C. (2001). Implications of a developmental systems model for preventing and treating behavioral disturbance in children and adolescents. Em J. N. Hughes, A.

- M. La Greca, & J. C. Conoley, *Handbook of psychological services for children and adolescents* (pp. 23-41). New York: Oxford University Press.
- Pires, A. (1998). Psicologia pediátrica: história, actualidade e formação. *Análise psicológica*, 5-10.
- Pires, A. A., & Pires, A. P. (1995). Psicologia pediátrica. *Análise psicológica*, 123-130.
- Plante, T. G. (2011). *Contemporary clinical psychology*. New Jersey: Wiley.
- Portugal. Leis, Decretos, etc. (7 de Janeiro de 2008). Decreto-Lei n.º 3/2008. *D.R. I série*, 4, pp. 154-164.
- Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. (2015). *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE*. Obtido em 2 de Março de 2015, de <http://www.chlo.min-saude.pt/>
- Psicologia.pt. (2015). *o portal dos psicólogos*. Obtido em 10 de abril de 2015, de <http://www.psicologia.pt/profissional/etica/>
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 436-444.
- Rees, W. L. (1974). Aspectos gerais da ansiedade; introdução geral. Em W. L. Rees, *Factores de ansiedade no tratamento compreensivo do doente* (pp. 1-7). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Richard, D. C., & Huprich, S. K. (2009). *Clinical psychology*. London: Elsevier.
- Roberts, M. C., & Iardi, S. S. (2005). *Handbook of research methods in clinical psychology*. Oxford: Blackwell publishing.
- Rocha, B. P. (2004). *A criança disléxica*. Lisboa: Fim de século.

- Rodrigues, A. N. (2003). *Contributos para avaliação da criança com perturbação de hiperactividade 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*. (Tese de doutoramento em Motricidade Humana - Educação Especial e Reabilitação, não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rosa, A. L. (2006/2007). *Hospital São Francisco Xavier: serviço de pediatria - consulta externa: projecto de seminário de estágio*. Lisboa: [s.n.]. Projecto de seminário de estágio apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada na área de psicologia clínica.
- Routh, D. K. (1975). The short history of pediatric psychology. *Journal of clinical child psychology*, 6-8.
- Sahoo, M. K., Biswas, H., & Padhy, S. K. (2015). Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *Journal of family medicine and primary care*, 4(1), 21-25.
- Santa Maria, M. R., & Linhares, M. B. (1999). Avaliação cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolares e deficiência mental leve. *Psicologia: reflexão e crítica*, 12 (2), N/A.
- Santos, A. S., & Castro, S. L. (2010). *Aprender a ler e avaliar a leitura - O TIL: Teste de Idade de Leitura* (2 ed.). Coimbra: Almedina.
- Sburlati, E. S., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2011). A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 89-109.

- SEI - Centro de Desenvolvimento e Aprendizagem. (2015). *SEI - Centro de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Obtido em 17 de Junho de 2015, de <http://www.centrosei.pt/pages/formacao-dificuldades-aprendizagem>
- Sigelman, C. K., & Rider, E. A. (2009). *Life-span human development*. Belmont: Wadsworth.
- Simões, M. M. (1995). Portuguese standardisation of the raven's coloured progressive matrices: an overview of item analyses, reliability, validity and norming studies. *The 3rd European Conference on Psychological Assessment*. Trier.
- Simões, M. R., Santos, M. S., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Ferreira, C., . . . Oliveira, E. (2003). Escala de inteligência de Weschler para crianças - terceira edição (WISC-III). Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 165-178). Coimbra: Quarteto Editora.
- Smith, P. K., Cowie, H., & Blades, M. (2001). *Compreender o desenvolvimento da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sobel, A. B., Roberts, M. C., Rayfield, A. D., Barnard, M. U., & Rapoff, M. A. (2001). Evaluating outpatient pediatric psychology services in a primary care setting. *Journal of pediatric psychology, 26* (7), 395-405.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E., Delamaterq, A., Rodrigue, J., & Siegel, L. (2003). Society of pediatric psychology task force report: recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of pediatric psychology, 28* (2), 85-98.
- Szabó, N., Dubas, J. S., & Aken, M. A. (2012). And a baby makes four: the stability of coparenting and the effects of child temperament after arrival of a second child. *Journal of family psychology, 26*(4), 554-564.

Viana, V., & Almeida, J. P. (1987). Psicologia pediátrica, intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de psicologia*, 6 (2), 10-13.

Viana, V., & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: do comportamento à saúde infantil. *Análise psicológica*, 29-40.

Weschler, D. (2003). *WISC-III: Escala de inteligência de Weschler para crianças - III*. Lisboa: CEGOC-TEA.

Wolff, S. (1999). Psicoterapia Infantil. Em S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 267-296). Lisboa: Climepsi.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Poster de apresentação do local e tarefas de estágio
 - para o 6º Congresso Internacional da Criança e do Adolescente na Universidade Lusíada de Lisboa
- Apêndice B** - Exemplar da folha utilizada para o Consentimento Informado

APÊNDICE A

Poster de apresentação do local e tarefas de estágio para o 6º Congresso
Internacional da Criança e do Adolescente na Universidade Lusíada de
Lisboa



Estágio Académico em Contexto Hospitalar

Mestrado em Psicologia Clínica

Nuno Duarte*; Sílvia Bastos**; Túlía Cabrita*; Tânia Gaspar*

* Universidade Lusíada de Lisboa

** Gabinete de Psicologia do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier - CHLO

O estágio académico realiza-se no Serviço de Pediatria - Consultas Externas do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, e tem por base a aquisição de conhecimentos teórico-práticos ao nível da observação, avaliação, diagnóstico e intervenção em Saúde Infantil, crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

OBJECTIVOS do Serviço:

AVALIAÇÃO - rigorosa e diversificada enquanto ferramenta de apoio auxiliar ao diagnóstico médico:

- Realização da anamnese centrada no motivo do pedido (com os educadores/cuidadores)
- Seleção dinâmica de provas psicológicas adequadas aos propósitos da avaliação
- Estudo de caso com o total dos resultados obtidos
- Elaboração do relatório clínico

Na sua maioria, as avaliações circundam as competências e capacidades cognitivas e emocionais (dificuldades de aprendizagem) e perturbações do desenvolvimento.

Matrizes Progressivas de Raven
Escala de Inteligência de Weschier para Crianças (WISC-III)
Toulouse Piéron
Figura Complexa de Rey
Escala de Autoconceito, Autoestima e Depressão
Desenho da Família Real e Imaginária
Teste de Aperceção Temática para Crianças (CAT-A)
Bar-Ilam
Teste de Desempenho Escolar – Leitura, escrita e aritmética
Teste de Idade de Leitura – TIL
"O REI" – Prova de Fluência e Precisão de Leitura
Provas de Avaliação de Linguagem e Afasia em Português (PALPA-P)
Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – apoio principalmente a crianças com Perturbações de Ansiedade, Perturbações relacionadas a traumas e agentes stressoras, Perturbações Alimentares e Perturbações de Eliminação, encaminhadas pelos Pediatras do Serviço.

Na avaliação e no acompanhamento, a criança é considerada como parte integrante de um sistema com várias dimensões (pessoal, familiar, escolar e social).

Para que seja possível, os profissionais de psicologia trabalham em articulação multidisciplinar com Pais, Cuidadores, Pediatras, Pedopsiquiatras, Alergologistas, Neurologistas, Dietistas, Professoras de Ensino Regular e Ensino Especial, Enfermeiras, Serviços Administrativos, etc.



APÊNDICE B

Exemplar da folha utilizada para o Consentimento Informado



CONSULTA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER

DECLARAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, _____,

mãe do menino _____, declaro que autorizo a utilização dos dados relativos ao processo de avaliação psicológica do meu filho, para fins de investigação e exposição científica, com garantia de protecção da identidade do mesmo.

01/09/2015

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses

2ª Série do Diário da República a 20 de Abril de 2011

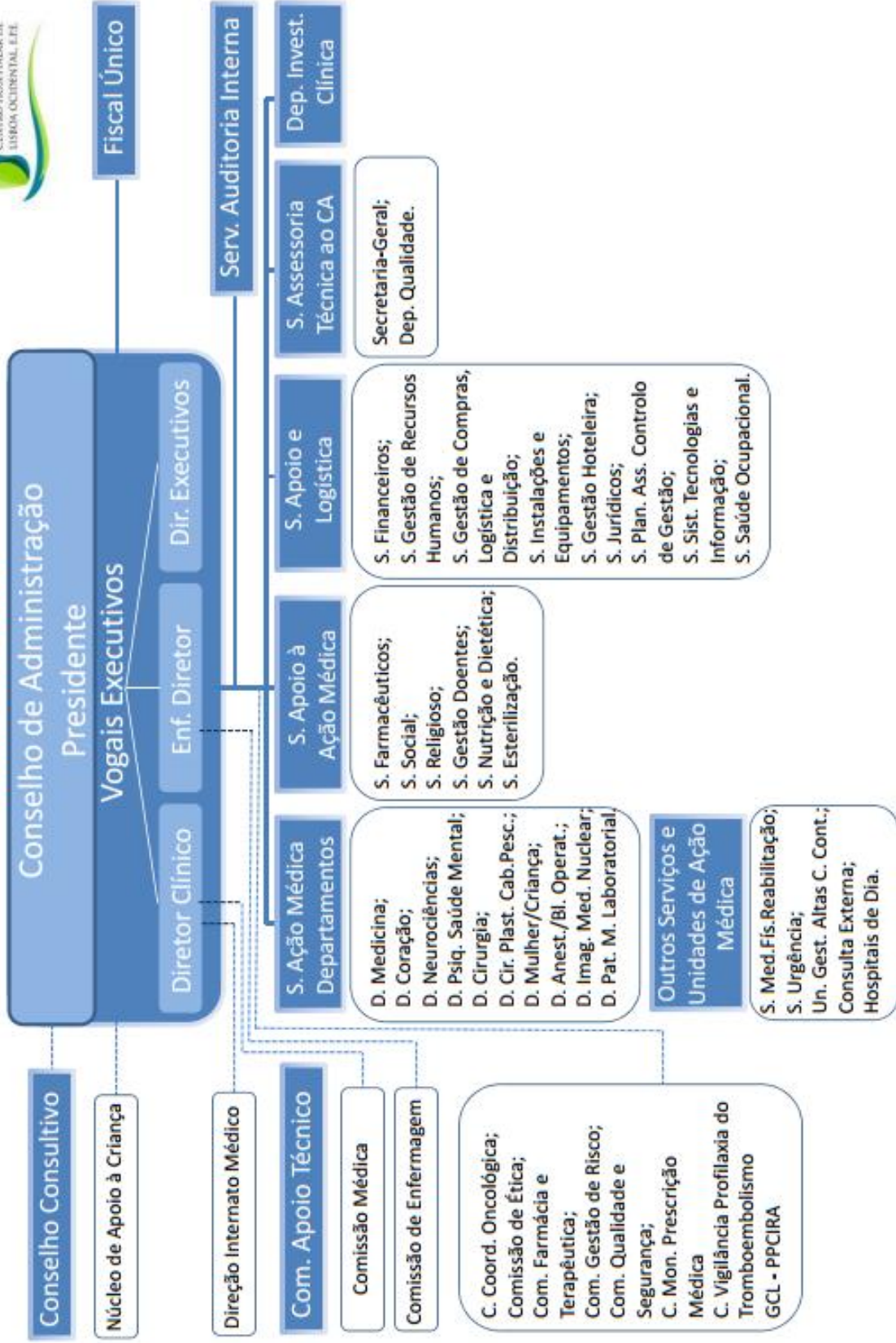
Regulamento N.º 258/2011

ANEXOS

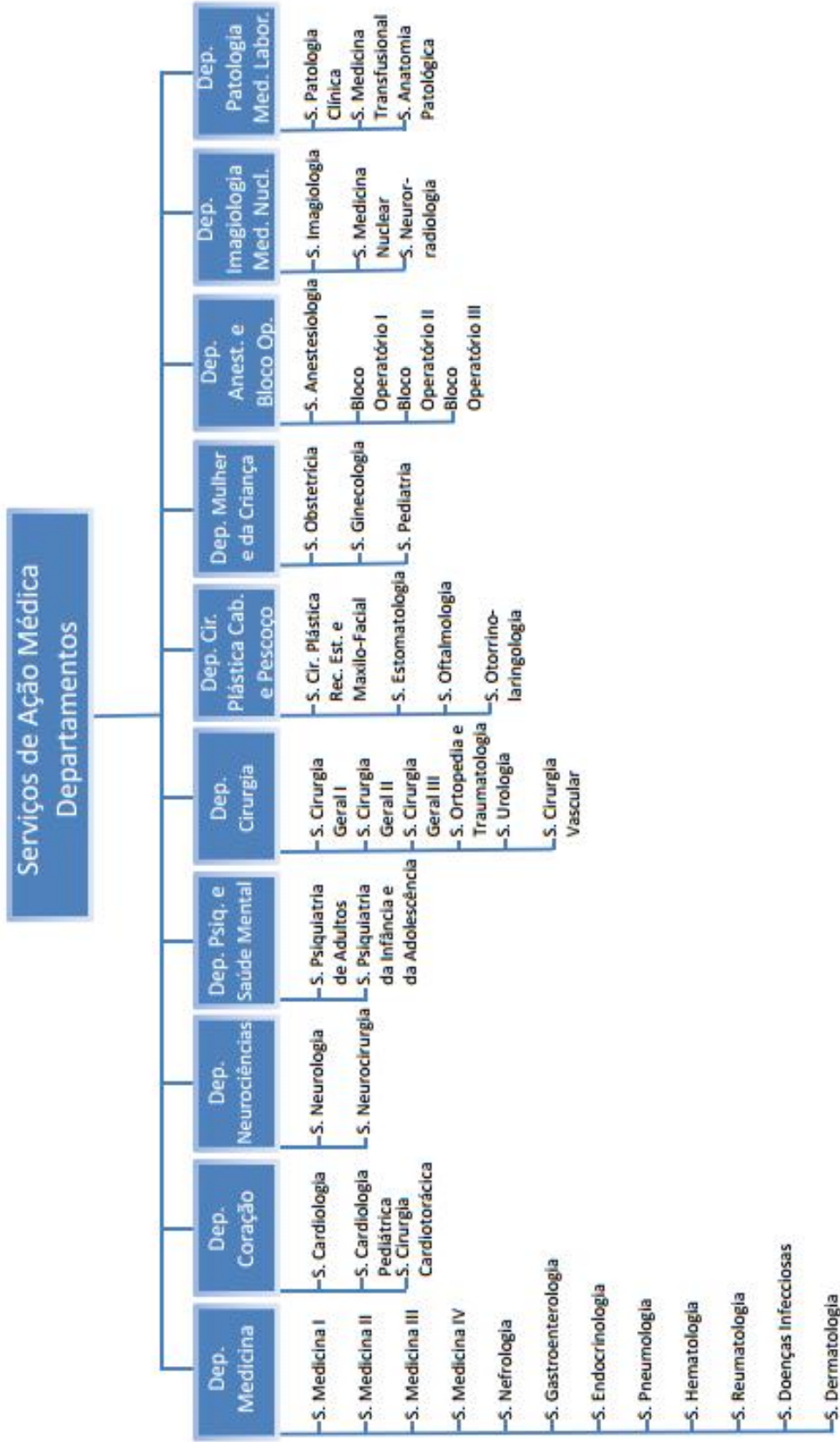
LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Cronograma 1
- Anexo B** - Cronograma 2
- Anexo C** - Resultados WISC-III
- Anexo D** - Resultados teste de barragem de Zazzo
- Anexo E** - Resultados matrizes progressivas de Raven (coloridas)
- Anexo F** - Resultados figura complexa de Rey
- Anexo G** - Resultados teste de idade de leitura
- Anexo H** - Resultados do teste de fluência e precisão da leitura - “O Rei”
- Anexo I** - Resultados escala de Conners (versão reduzida)

ORGANOGRAMA



ORGANOGRAMA (Continuação)



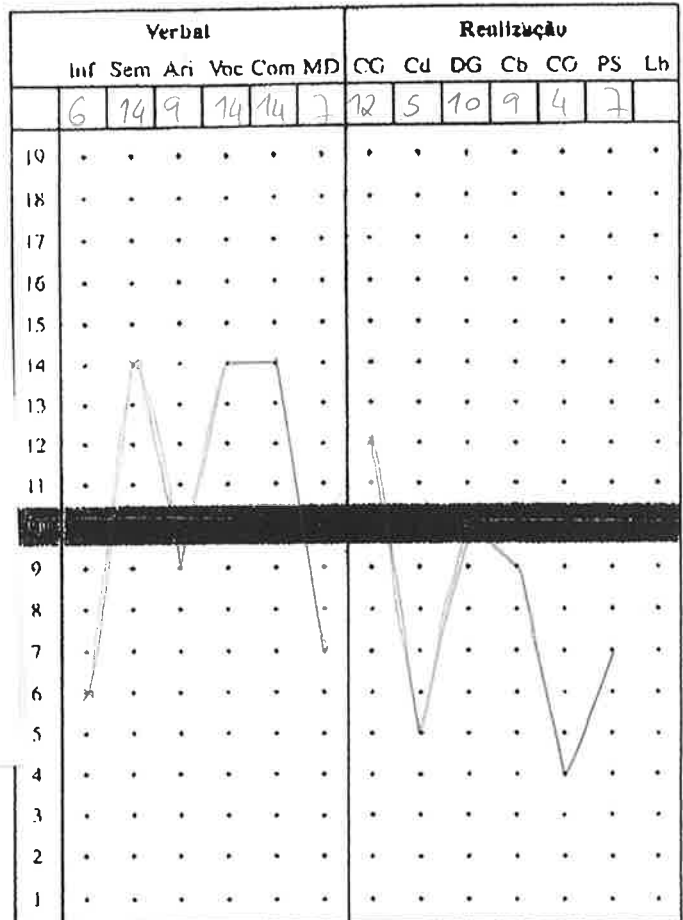
ANEXO C

Resultados da WISC-III

WISC-III™

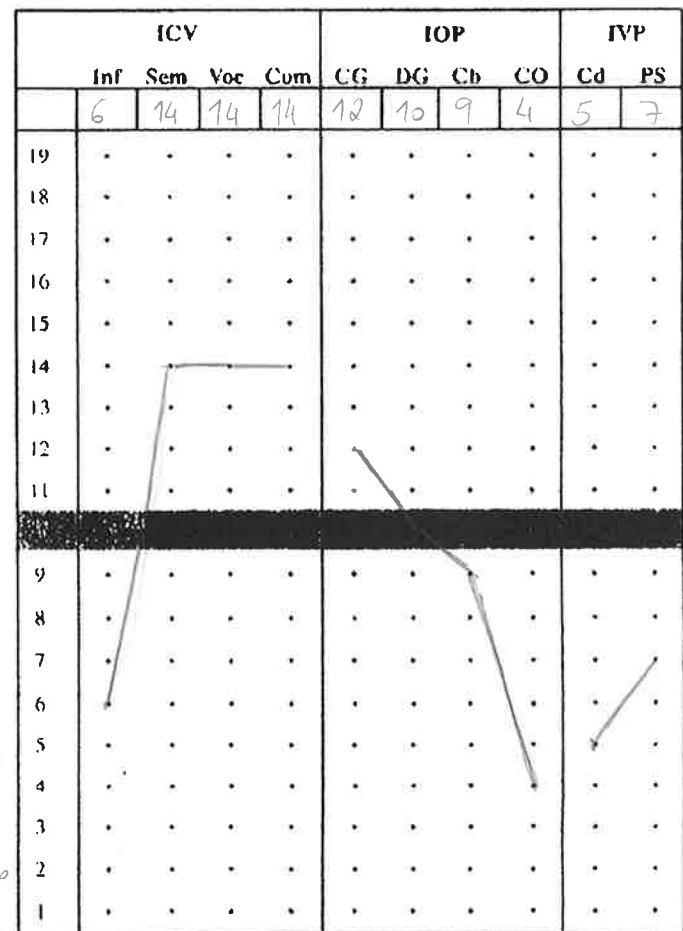
Escala de Inteligência de Wechsler
para Crianças - Terceira Edição

WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



Subtestes	Resultados brutos	Resultados Padronizados				
		Verb.	Real.	CV	OP	VP
✓ Complementação de Gravuras	18		12		12	
✓ Informação	8	6		6		
✓ Código	28		5			5
✓ Semelhanças	16	14		14		
✓ Disposição de Gravuras	21		10		10	
✓ Aritmética	12	9				
✓ Cubos	28		9		9	
✓ Vocabulário	24	14		14		
✓ Composição de Objectos	12		4		4	
✓ Compreensão	14	14		14		
✓ (Pesquisa de Símbolos)	14		(7)			7
✓ (Memória de Dígitos)	9	(7)				
✓ (Labirintos)			()			
Soma dos Resultados Padronizados		57	40	48	35	12
		Somatório da Escola Completa				
		97				

WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcional)



	Resultado	QI/Índice	Percentil	95% Intervalo de confiança	
Verbal	57	109	73	101 - 116	Med
Realização	40	84	14	77 - 95	Med inf
Escola Completa	97	96	39	88 - 105	Med
CV	48	111	77	102 - 118	Med sup
OP	35	91	27	83 - 101	Medio
VP	12	77	6	71 - 93	Inf

1. Completamento de Gravuras



Tempo limite: 20" por item. Interromper após 6 insucessos consecutivos. Para as idades dos 8 aos 16 anos, em caso de insucesso em pelo menos um dos dois primeiros itens administrados, aplicar a Regra de Retrocesso.

Item	Resposta	Cotação 0 ou 1
Exemplo: Lápis		
6-7 1. Raposa	orelha	1
2. Caixa		1
3. Gato		1
4. Mão		1
8-9 5. Elefante	boca	0
6. Homem		1
10-13 7. Porta		1
8. Espelho		1
9. Relógio		1
10. Câmara		1
14-16 11. Cinto		1
12. Folha		1
13. Escadote	as madeiras no chão	0
14. Rosto feminino		1
15. Dados		1
16. Banheira	sabonete	0
17. Lâmpada		1
18. Apito	não sei	0
19. Piano		1
20. Tesoura		1
21. Perfil masculino	de trás de baixo	0
22. Termómetro		0
23. Grade	folham Polhas	0
24. Laranja	casca	0
25. Peixe	escamas no zone das guelras	0
26. Supermercado		1
27. Telefone		1
28. Guarda-chuva		0
29. Casa		0
30. Sapatilha		0

Pontuação Total Obtida

(máximo = 30)

18

2. Informação

Interromper após 5 insucessos consecutivos.

Para as idades dos 8 aos 16 anos, em caso de insucesso em pelo menos um dos dois primeiros itens administrados, aplicar a Regra de Retrocesso.

Item	Resposta	Cotação 0 ou 1
6-7 1. Nariz	nariz	1
2. Leite	vaca	1
3. Pernas	4	1
4. Ferver água	cozear no fogão	1
8-10 5. Par	4	0
6. Quinta-feira	4ª feira	1
7. Estações	P/O/I/V	1
11-13 8. Março	Abril	1
9. Horas-dia	24h	1
10. Mês-dia	Dezembro	0
14-16 11. Oceanos	Atlântico Ártico	0
12. Lufadas		0
13. Resina	folha	0
14. Estômago	para levar a comida para a barriga	0
15. Brasil		
16. Oxigénio		
17. Sol		
18. Paz		
19. Sentidos		
20. Grécia		
21. C. Colombo		
22. Água		
23. Habitantes		
24. Pop. Portuguesa		
25. Vidro		
26. O.N.U.		
27. Enferrujar		
28. Gutenberg		
29. Barómetro		
30. Darwin		

Pontuação Total Obtida

(máximo = 30)

8

Recomendações para o subteste Completamento de Gravuras (ver Capítulo 6 do Manual)

As seguintes recomendações podem ser fornecidas, caso sejam necessárias, mas cada uma delas só poderá ser feita uma vez no decurso da administração deste subteste.

1. "Sim, mas qual é a parte que falta?"
2. "É no desenho que falta uma parte. O que é que falta?"
3. "Sim, mas qual é a parte mais importante que falta?"

-
-
-

3. Código

Tempo Limite: 120"



	Tempo Limite	Tempo despendido	Pontuação total obtida
6-7 Parte A	120"	<i>[Handwritten scribble]</i>	máx. = 65
8-13 Parte B	120"	120"	máx. = 110 28

Parte A							
Pontuação final em função do tempo, para execuções completas e correctas.							
Tempo em segundos	120-116	115-111	110-106	105-101	100-96	95-86	85-0
Pontuação	59	60	61	62	63	64	65

4. Semelhanças

Interromper após 4 insucessos consecutivos.

Item	Resposta	Cotação
Exemplo: Vermelho - Azul	5 cores	Cotação 0 ou 1
* 1. Vela-Lâmpada	dão luz	1
* 2. Piano-Guitarra	dão sons diferentes / 5 instrumentos musicais	1
3. Camisola-Calças	5 peças de roupa	1
4. Gato-Rato	5 animais	1
5. Leite-Água	5 os 2s para beber	1
▲ 6. Cotovelo-Joelho	5 membros do corpo	Cotação 0 ou 2 1
7. Telefone-Rádio	dá para transmitir sons	1
8. Lá-Seda	dão os 2s para fazer roupa	1
9. Círculo-Losango	formas quadriláteras	2
10. Tristeza-Alegria	5 sentimentos	2
11. Gelo-Vapor	dá para se espelhar	0
12. Pintura-Escultura	5 os 2s feitos pela Homem	1
13. Família-Tribo	dá para serem amigos e viverem todos juntos	0
14. Pinheiro-Burboleta	5 seres vivos	2
15. Montanha-Lago		0
16. Sara-Antártico	poça H ₂ O	0
17. Primeiro-Último	dá para contar	0
■ 18. Números 9 e 25	números impares	1
19. Liberdade-Justiça	5 dever em quando N temos razão	0

Pontuação Total Obtida
(máximo = 33)

16

Recomendações para o subteste Semelhanças (ver Capítulo 6 do Manual)

- * Se o sujeito não responder, responder que não são semelhantes ou fornecer uma resposta incompleta dar um exemplo de uma resposta de 1 ponto.
- ▲ Se o sujeito der uma resposta de 1 ponto, fornecer um exemplo de uma resposta de 2 pontos.
- Se o sujeito fornecer uma resposta de 1 ponto, perguntar "De que outro modo são os números 9 e 25 semelhantes?"

B

1	2	3	4	5	6	7	8	9
÷)	+	+	7	V	C	÷	+

28

Exemplo							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3
)	÷	+	V	+	7)	+	+)	÷	V	÷)	+	÷	+)	V	+	

✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1	2	5	1	3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8
÷)	7	÷	+	÷	7	+)	C	+	V	+)	7						

7	5	4	8	6	9	4	3	1	8	2	9	7	6	2	5	8	7	3	6	4	

5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	9	1	5	8	7	6	9	7	8	

2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5	

2	7	8	1	3	9	2	6	8	4	1	3	2	6	4	9	3	8	5	1	8	

5. Disposição de Gravuras

Interromper após 4 insucessos consecutivos.
Os itens 1 e 2 só são considerados fracassados em caso de insucesso em ambos os ensaios. Para as idades entre os 9 e os 16 anos, em caso de insucesso no item 3, aplicar os itens 1 e 2.

Nota: Colocar os cartões da esquerda para a direita do sujeito, de acordo com o padrão de pintas (canto superior direito). Recolher os cartões, também, da esquerda para a direita do sujeito e registar a ordem de acordo com o número do cartão (canto superior esquerdo).

Item	Tempo Limite	Tempo Despendido	Ordem dos cartões	Cotação Rodear com um círculo a pontuação obtida.					Pontuação	
Exemplo: Máquina de Bebidas										
1. Escorrega	ensaio 1	45"	2	0	(2)				2	
	ensaio 2	45"		0	1					
2. Piquenique	ensaio 1	45"	6	0	(2)				2	
	ensaio 2	45"		0	1					
3. Travessia do rio	45"	7		0	45-18 2	15-11 3	10-6 (4)	5-1 5	4	
4. Lanche	45"	14"	3241	(0)	45-21 2	20-18 3	15-11 4	10-1 5	0	
5. Pentir o barco	45"	24"	12435	(0)	45-21 2	20-18 3	15-11 4	10-1 5	0	
6. Assalto	45"	26	1 a 4	(2)	45-21 (2)	20-18 3	15-11 4	10-1 5	2	
7. Ir à pesca	45"	37"	1 a 5	0	45-21 (2)	20-18 3	15-11 4	10-1 5	2	
8. Incêndio na casa	45"	22"	1 a 5	0	45-21 (2)	20-16 3	15-11 4	10-1 5	2	
9. Ver estrelas	45"	28"	1 a 5	0	45-21 (2)	20-16 3	15-11 4	10-1 5	2	
10. Patos a atravessar	45"	13"	1 a 4		45-21 2	20-16 (3)	15-11 4	10-1 5	3	
11. Chuva	45"	31"		(0)	45-21 2	20-16 3	15-11 4	10-1 5	0	
▲ 12. Passear o cão	60"	32"	1 a 6		60-26 (2)	25-16 3	15-11 4	10-1 5	2	
13. Almoço do lavrador	60"	37"	2314	(0)	50-28 2	25-16 3	15-11 4	10-1 5	0	
■ 14. Paisagem com neve	60"	31"	352416	(0)	654321 1	60-31 2	30-26 3	25-21 4	20-1 5	0

Pontuação Total Obtida
(máximo = 64)

21

- ▲ A resposta 156121 é uma resposta também aceitável
- A resposta 654321 deveria ser cotada com 1 ponto

6. Aritmética

Interromper após 3 insucessos consecutivos.
Para as idades dos 7 aos 16 anos, se o sujeito não alcançar a pontuação máxima em qualquer um dos 2 primeiros itens administrados, aplicar a Regra de Retrocesso.

Item	Tempo Limite	Tempo Despendido	Resposta correcta	Resposta	Cotação
6. 1. Passaros	30"		3		0 (1)
2. Árvores	30"		12		0 (1)
3. Deixa 4	30"		4		0 (1)
4. Gelados	30"		2		0 (1)
5. Bolos	30"		3		0 (1)
7-8. 6. Chocolate	30"	25"	7	7	0 (1)
7. Lapis	30"	3"	9	9	0 (1)
8. Régua	30"	17"	6	6	0 (1)
9. Lápis de cera	30"	22"	17	17	0 (1)
10. Jornale	30"	14"	7	7	0 (1)
11. Mesa	30"	29"	24 Kg	24	0 (1)
9-12. 12. Leite	30"	47"	11	7	(0) 1

Item	Tempo Limite	Tempo Despendido	Resposta correcta	Resposta	Cotação
13. Pais	30"	67"	42	62	(0) 1
13-16. 14. Sapo	30"	28"	8	8	0 (1)
15. Casacos	30"	33"	9	180	(0) 1
16. Cametas	45"	12"	€ 10	2	(0) 1
17. Peso	75"	12"	9.5 Kg	38	(0) 1
18. Discos	75"		24		0 1
19. Barcos	75"		40		0 1 2
20. Cametas	75"		3/10, 8/20 ou 30%		0 1 2
21. Bicicleta	75"		33 min.		0 1 2
22. Mal Escalar	75"		€ 12		0 1 2
23. Passaro	75"		85 Km/h		0 1 2
24. Cartas	75"		8		0 1 2

Pontuação Total Obtida
(máximo = 30)

12

7. Cubos



Interromper após 2 insucessos consecutivos.

Para as idades superiores a 8 anos, se o sujeito não realizar com sucesso o Ensaio 1 do Item 3 administrar o Ensaio 2 e aplicar a Regra de Retrocesso.

Criança

Desenho correcto	Tempo Limite	Desenho Incorrecto	Tempo Despendido	Repr. ou Des. c/ Sucesso	Cotação Rodear com um círculo a pontuação obtida.				Pontuação
1.	30"	Ensaio 1 Ensaio 2	2"	S N	Ensaio 1: 0, 2	Ensaio 2: 1			2
2.	45"	Ensaio 1 Ensaio 2	5"	S N	Ensaio 1: 0, 2	Ensaio 2: 1			0
3.	45"	Ensaio 1 Ensaio 2	17"	S N	Ensaio 1: 0, 2	Ensaio 2: 1			2
4.	45"		15"	S N	0	45-18: 4	15-11: 5	10-8: 8, 5-1: 7	5
5.	45"		26"	S N	0	45-21: 4	20-16: 5	15-11: 6, 10-1: 7	4
6.	75"		18"	S N	0	75-21: 4	20-16: 5	15-11: 8, 10-1: 7	5
7.	75"		12"	S N	0	75-21: 4	20-16: 5	15-11: 6, 10-1: 7	6
8.	75"		18"	S N	0	75-21: 4	20-16: 5	15-11: 6, 10-1: 7	0
9.	75"		21"	S N	0	75-26: 4	25-18: 5	15-11: 6, 10-1: 7	4
10.	120"			S N	0	120-41: 4	40-31: 5	30-26: 6, 25-1: 7	0
11.	120"			S N	0	120-58: 4	55-36: 5	35-31: 6, 30-1: 7	0
12.	120"			S N	0	120-56: 4	55-36: 5	35-31: 6, 30-1: 7	2

Examinador

Pontuação Total Obtida

(máximo = 69)

28

8. Vocabulário

Interromper após 4 insucessos consecutivos.

Para as idades dos 9 aos 16 anos, se o sujeito não alcançar a pontuação máxima em qualquer um dos 2 primeiros itens administrados, aplicar a Regra de Retrocesso

Item	Resposta	Cotação 0, 1 ou 2
1. Relógio	Para sabermos as horas.	2
2. Chapéu	Serve para nos proteger do sol e da chuva	2
3. Abelha	animal que fica o pólen das flores e faz o mel	2
4. Valente	Pessoa corajosa e forte	2
5. Disparate	Coisa muito má que não deve ser feita.	1
6. Alfabeto	Para podermos saber quais é que são as letras.	2



8. Vocabulário (Continuação)

Interromper após 4 insucessos consecutivos.

Para as idades dos 9 aos 16 anos, se o sujeito não alcançar a pontuação máxima em qualquer um dos 2 primeiros itens administrados, aplicar a Regra de Retrocesso.

Item	Resposta	Cotação 0, 1 ou 2
14-16 7. Ilha	Está no meio do mar. Situa com ^{outras} poucas pessoas e casas.	2
8. Retrato	Obra de arte feita pelo homem, onde está um retrato pintado.	0
9. Furioso	Pessoa com muita raiva.	2
10. Balcão	Um canal grande maior do mundo.	1
11. Aflição	Pessoa que ^{pode} estar a chorar e a gritar muito para perder alguma coisa.	1
12. Fábula	é um vegetal.	0
13. Transparente	Se tivesse uma coisa transparente é muito fácil de conseguir.	2
14. Combustível	É para o carro, é de dentro do carro.	1
15. Isolar	Isolar com um fio ou com um sítio para as pessoas não irem lá.	2
16. Discreto	É como um pessoa que se consegue controlar.	0
17. Absorver	É quando desaparece a água para debaixo da terra.	1
18. Hereditário		0
19. Rivalidade	Pessoa se não se quer falar com outra, ficam em luta.	1
20. Tolerar	Pessoa que não consegue atacar outra.	0
21. Iniciativa	É quando começa alguma coisa, com coragem e vontade.	0
22. Nómada		0
23. Árduo	que alguma coisa está a arduar.	0
24. Unânime		
25. Apogeu		
26. Preveder		
27. Polémica		
28. Pertinente		
29. Mecenas		
30. Compelir		

Pontuação Total Obtida

(máximo = 60)

24

9. Composição de Objectos

Aplicar todos os itens.

Objecto	Tempo Limite	Tempo Despendido	Nº de Justaposições correctas	Multiplicar por	Cotação Rodar com um círculo a pontuação adequada.	Pontuação
Exemplo: Maçã		✓	<i>branco</i> <i>verde</i> <i>amarelo</i> <i>roxo</i>			
1. Menina	120"	40"	(0-6) 4	1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 120-26 25-16 15-1	4
2. Cano	160"	99"	(0-9) <i>20-1</i> <i>20-1</i>	1/2	0 1 2 3 4 5 6 7 8 150-36 35-26 25-21 20-1	3
3. Cavalo	150"	80"	(0-5) 5	1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 150-31 30-21 20-16 15-1	5
4. Bola	180"	<i>[shaded]</i>	(0-7) <i>desenho</i>	1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 180-61 60-36 35-28 26-1	0
5. Face	180"	226"	(0-13)	1/2	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 180-81 80-56 55-41 40-1	0

* Arredondar os resultados com valores decimais ($\geq 0,5$) para a unidade superior.

Pontuação Total Obtida
(máximo = 44)

12

10. Compreensão

Interromper após 3 insucessos consecutivos.

Item	Resposta	Cotação 0, 1 ou 2
1. Cortar dedo	Desinfectar a ferida, meter um penso	2
2. Passadeira	porque são poderosas sem o aquecimento, a passadeira é se temos a roupa para aquecer.	2
3. Fumo	perigoso e se se passar, a fumaça foge - ligar aos bombeiros, sair de casa.	2
4. Recuperação de garrafas	porque assim evitamos o acidente,	2
5. Lista telefónica	porque assim não nos burocratiza. Se eu quiser ligar para a minha mãe burocratiza e não se pode estar.	2
6. Regras	porque se não houver regras podemos nos deixar e não em hospital.	0
7. Matrícula dos Carros	Se um carro for roubado, pelo número a polícia pode encontrá-lo e tentar localizá-lo.	1

▲ Se o sujeito não der uma resposta de 2 pontos, antes de prosseguir, facultar-lhe alguns exemplos destes.

* Se a resposta do sujeito reflectir somente uma ideia geral, solicitar uma segunda resposta.

10. Compreensão (Continuação)

Interromper após 3 insucessos consecutivos.

Item	Resposta	Cotação 0, 1 ou 2
8. Museus	parece ser como era a vida antiga.	2
9. Satélites	para poderem ter Internet, não tem e falar com as outras pessoas pelo internet.	1
10. Voto Secreto	porque não dá uma pessoa quem vota com quem. voto secreto no voto de quem tem o voto.	0
11. Jornal	Pub. telejornal gestamos hoje e pub jornal nós.	0
12. Doping		0
13. Liberdade de expressão		0
14. Promessa		
15. Deputados		
16. Patente		
17. Juiz		
18. Palavra		

• Se a resposta do sujeito reflectir somente uma ideia geral, solicitar uma segunda resposta.

Pontuação Total Obtida

(máximo = 36)

14

11. Pesquisa de Símbolos

Interromper após 120 segundos.

	6-7 Parte A	8-16 Parte B
Tempo limite	120"	120"
Tempo Despendido	4	120"
N.º de itens correctos	1	16
N.º de itens incorrectos	1	2
Pontuação total Obtida (máximo = 45)		14

Copyright © 1992, 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A.
 Copyright da adaptação Portuguesa © 2003 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal.
 Traduzida e adaptada com autorização.
 Edição CEGOC-TEA, A. António Augusto Aguiar n.º 21-2º 1050-012 Lisboa.
 Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotográfica, sem autorização do proprietário do Copyright português. As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor. Este exemplar está impresso em tinta azul, se lhe apresentarem um exemplar a negro ou neutro cor é uma reprodução ilegal.
 ISBN: 972-8817-01-0



Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

Nome

12. Memória de Dígitos

Administrar ambos os ensaios de cada item, inclusive quando o Ensaio 1 é bem sucedido. Interromper após 2 insucessos consecutivos. Administrar os Dígitos em Sentido Inverso inclusive quando o sujeito obteve uma pontuação de 0 nos Dígitos em Sentido Directo

Dígitos em Sentido Directo		Cotação	Ensaio 2 / Resposta		Cotação	Pontuação final (0, 1 ou 2)
1	2-9	1	4-6	1	2	
2	3-8-6	1	6-1-2	1	2	
3	3-4-1-7	1	6-1-5-8	0	1	
4	8-4-2-3-9	0	5-2-1-8-6	/	0	
5	3-8-9-1-7-4		7-9-6-4-8-3			
6	5-1-7-4-2-3-8		9-8-5-2-1-6-3			
7	1-6-4-5-9-7-6-3		2-9-7-6-3-1-5-4			
8	5-3-8-7-1-2-4-6-9		4-2-6-9-1-7-8-3-5			
Total Dígitos em Sentido Directo (máximo = 16)						5
Dígitos em Sentido Inverso		Cotação	Ensaio 2 / Resposta		Cotação	Pontuação final (0, 1 ou 2)
Exemplo: 8-2			Exemplo: 5-6			
1	2-5	1	6-3	1	2	
2	5-7-4	1	2-5-9	0	1	
3	7-2-9-6	1	8-4-9-3	0	1	
4	4-1-3-5-7		9-7-8-5-2			
5	1-6-5-2-9-8		3-6-7-1-9-4			
6	8-5-9-2-3-4-2		4-5-7-9-2-8-1			
7	6-9-1-6-3-2-5-8		3-1-7-9-5-4-8-2			
Total Dígitos em Sentido Inverso (máximo = 14)						4

Pontuação Total Obtida (máximo = 30) **9**

13. Labirintos

Interromper após 2 insucessos consecutivos, excluindo o Labirinto 1. Aos sujeitos com idades entre 8 e 16 anos administrar os Labirintos 1 a 3 em caso de insucesso ou sucesso parcial no Labirinto 4. Caso o sujeito obtenha 0 pontos no Labirinto 4, fazer a demonstração do Labirinto Exemplo e administrar os Labirintos 1 a 3.

Labirintos	Tempo Limite	Tempo Despendido	Número de erros	Cotação Rodear com um círculo a pontuação obtida.				Pontuação	
6-7 Exemplo									
1	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
2	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
3	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
6-16 4	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
5	45"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
6	60"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2			
7	120"			3+ erros 0	2 erros 1	1 erro 2	0 erros 3		
8	120"			4+ erros 0	3 erros 1	2 erros 2	1 erro 3	0 erros 4	
9	150"			4+ erros 0	3 erros 1	2 erros 2	1 erro 3	0 erros 4	
10	150"			5+ erros 0	4 erros 1	3 erros 2	2 erros 3	1 erro 4	0 erros 5

Pontuação Total Obtida

Recomendações para o subteste Labirintos (ver Capítulo 6 do Manual) (máximo = 28)

- As seguintes recomendações podem ser fornecidas, caso sejam necessários, mas cada uma delas só poderá ser feita uma vez no decurso da administração do subteste.
1. "Deves começar aqui." (apontar para o centro do quadrado).
 2. "Não podes passar através de uma parede."
 3. "Não pares. Continua até encontrares a saída. Podes voltar para trás."
 4. "Não comeces outra vez. Continua a partir daqui (apontar para o ponto atingido) e tenta encontrar o caminho certo para saíres."
 5. "Tens que ir mesmo até à saída".

PARTE B

ITENS DE EXEMPLO

i	\oplus	\ominus	\oplus	\perp	$<$	\top	\sim	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ii	\rightarrow	\perp	\neq	\cup	\exists	\leq	\boxplus	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

ITENS DE TREINO

\vDash	$<$	\rightarrow	\vDash	\pm	\triangle	\ominus	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\approx	\ominus	\cup	\pm	\perp	\neq	\exists	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

⊖	⊕	≡	∩	⊖	∩	└	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	C
+	└	+	+	>	∩	⊗	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	⇔	└	≡	⊕	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
⊗	∩	∩	⊗	D	+	⊖	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	≡	⇔	∩	└	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	≡	≡	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	└	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	≡	⊖	∩	∩	∩	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	C

13 2

□	~	∪	ℝ	†	∩	⊥	SIM	NÃO
⊖	⊗	↕	⊖	⊕	⊥	∩	SIM	NÃO
┌	┐	~	└	┘	∩	∩	SIM	NÃO
⊗	⊥	↕	⊗	⊥	†	♀	SIM	NÃO
↶	~	⊖	↶	└	↶	⊥	SIM	NÃO
∞	⊥	⊥	⊗	♀	⊥	⊖	SIM	NÃO
↶	↶	⊕	↶	↕	∩	↶	SIM	NÃO
⊖	∞	⊕	∩	∞	♀	↶	SIM	NÃO
∩	↶	ℝ	└	∩	∩	↶	SIM	NÃO
↶	⊥	⊥	ℝ	~	⊥	⊥	SIM	NÃO
⊥	⊥	⊥	└	⊥	⊥	↶	SIM	NÃO
ℝ	∩	ℝ	∩	†	∩	♫	SIM	NÃO
♀	⊖	⊖	└	┘	└	⊖	SIM	NÃO
♀	⊥	⊥	⊥	□	⊥	♀	SIM	NÃO
⊖	∞	∞	⊥	∞	∩	⊖	SIM	NÃO

c
c
c
x

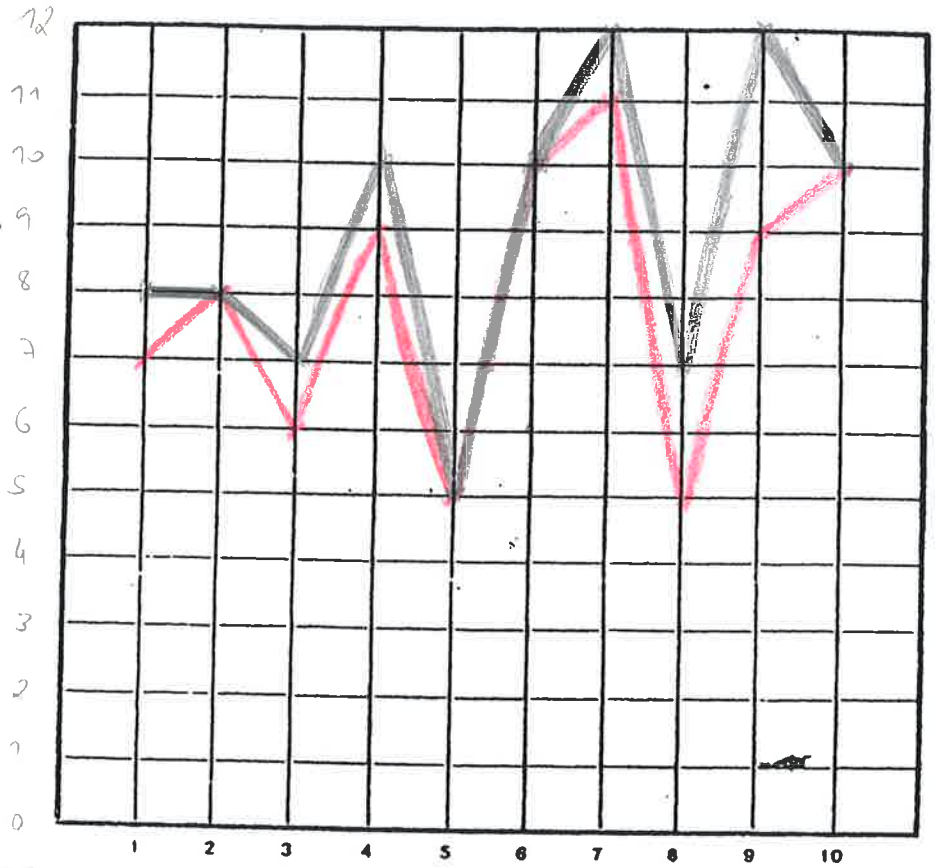
3 0

ANEXO D

Resultados teste de barragem de Zazzo

$$A - (E + O)$$

	A	E	O	RT
1	8	0	1	7
2	8	0	0	8
3	7	0	1	6
4	10	0	1	9
5	5	0	0	5
6	10	0	0	10
7	12	0	1	11
8	7	0	2	5
9	12	1	2	9
10	10	0	0	10
Total	89	1	8	80



$$ID = \frac{E + O}{A} \times 100 = \frac{1 + 8}{89} \times 100 = 10\%$$

concentrado / disperso

$$RT = A - (E + O) = 89 - (1 + 8) = 80$$

lento

M
IOA
3 000

ANEXO E

Resultados das matrizes progressivas de Raven (coloridas)

Temp: 5'35"

f. P. M

MATRICES PROGRESIVAS EN COLOR. REVISION 1.956

Apellido:

Nomb:

Fech:

Pro:

Estu:

Feci:

.....
.....
.....
.....
.....

	A		A _B			B		
1	4	1	1	4	1	1	2	1
2	5	1	2	5	1	2	6	1
3	1	1	3	1	1	3	1	1
4	2	1	4	6	1	4	2	1
5	6	1	5	2	1	5	1	1
6	3	1	6	1	1	6	3	1
7	6	1	7	3	1	7	6	0
8	2	1	8	2	0	8	1	0
9	1	1	9	6	1	9	4	1
10	1	0	10	6	0	10	3	1
11	2	0	11	5	1	11	4	1
12	2	0	12	2	1	12	3	0
	9			10			9	

28

Percentil = 75

M.D. Superior

$$G = \frac{28 - 23,04}{6,11} = 0,81$$

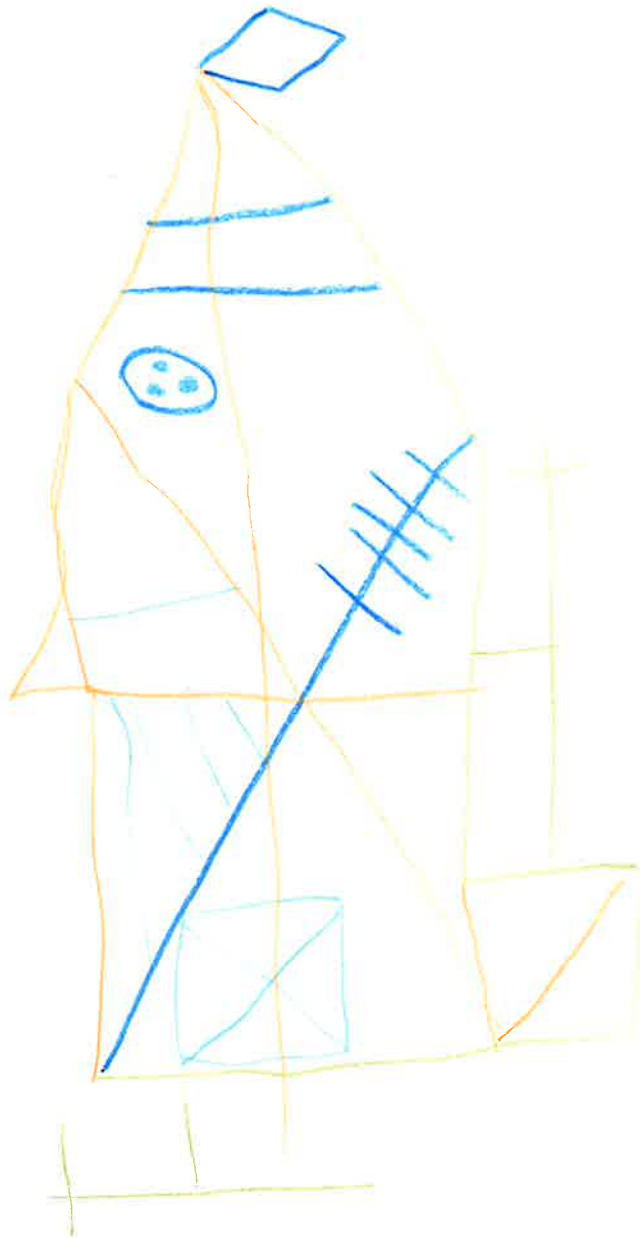
Resultados

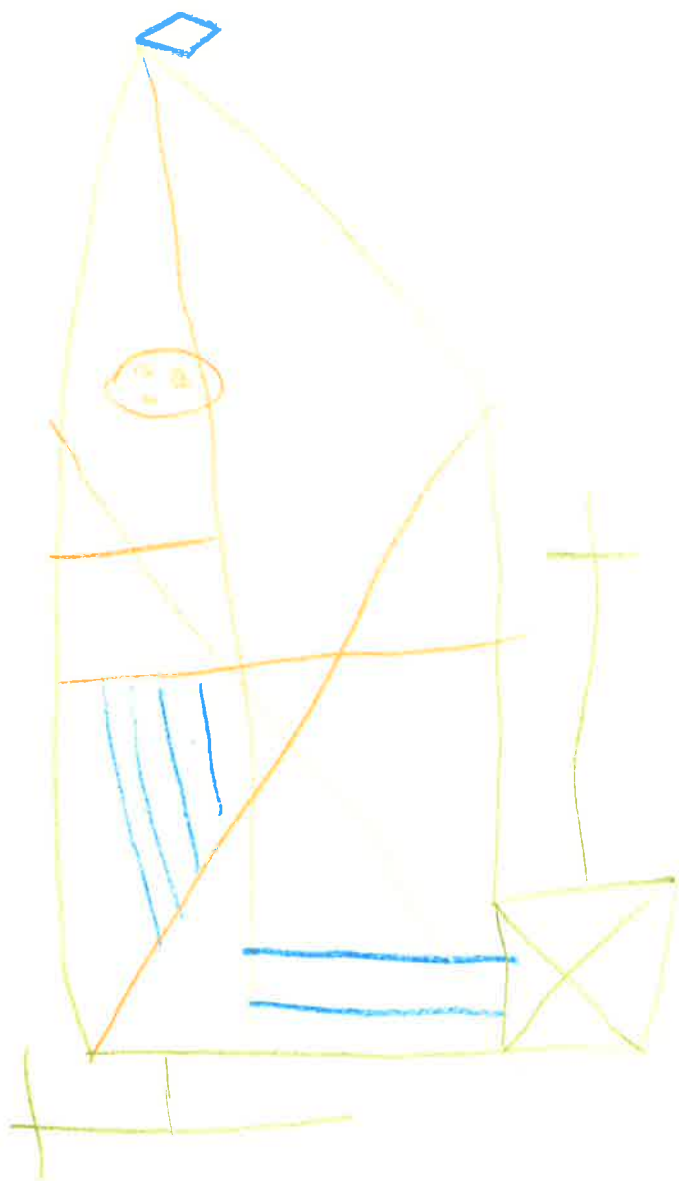
P. D.
P. C.
P. T.

Baremo utilizado:

ANEXO F

Resultados da figura complexa de Rey





ANEXO G

Resultados do teste de idade de leitura

NOME: DATA: .../.../...

Data de Nascimento: .../.../... Ano Escolar: Nome do(a) Professor(a):

Nf: (2x100) / 36 = 5,5

2 carb
2 cruds

$$\frac{2 - 19,02}{4,54} =$$

-3,7

Lí quer Li

Jogo de Treino

1. Vou lavar a louça amanhã de manhã porque estou cansado e prefiro ir para a (fila, cola, rádio, cama, cara)
2. O meu irmão fez uma viagem a África e trouxe uma (vila, estátua, marta, estrada, estação).
3. É Primavera e os jardins estão floridos com (rotas, rosalinas, rodas, rosas, folhas).
4. Um homem que conduz um veículo chama-se (mecânico, companheiro, afinador, condutor, cantor).

1. Pega na saca e vai-me comprar (artes, faranjas, sombras, lâminas, lavatórios).
2. Não comas já o bolo porque ainda está (mente, lento, quente, bom, doce).
3. Todos os cães têm quatro (bocas, patas, pinças, pêras, orelhas).
4. Ele ligou o rádio e ouviu as (notícias, delícias, natas, noites, nervuras).
5. Ele fugiu a correr porque viu um (loto, porco, lago, lado, lobo).
6. Eu gostava de ir para a praia e tomar banho no (nenúfar, mar, marre, morto, muro).
7. A estação é no meio da (piedade, cidade, seriedade, tarde, vontade).
8. Ele partiu a loiça e por isso foi (levado, cortado, premiado, querido, castigado).
9. Um local onde se guardam livros chama-se (pêra, cozinha, divisão, biblioteca, porta).
10. Veste o casaco antes de saíres porque está (calor, frio, freio, fogo, tio).
11. Eles trabalham o dia inteiro, e à noite (olham, quebram, penteiam, descartam, descansam).
12. Podias limpar a sala com uma (tesoura, vassoura, vela, taça, caneta).
13. Ele saiu para ir à caça e por isso levou a sua (guarda, estrela, espingarda, parte, estaca).
14. Ele inclinou-se sobre o poço e caiu ao (fundo, fulo, freio, fato, forno).
15. O meu tio, depois de muito estudar, tomou-se um (médio, médico, maior, senhor, meio).
16. Se tens frio na cama porque é que não pões um (coberto, lenço, cobertor, coelho, coração).
17. Quando se anda na rua é preciso ter muita atenção aos carros para não se ser (dado, transportado, partido, empurrado, atropelado).
18. Durante a noite, espero que tenhas bons (sonhos, olhos, lápis, sorrisos, peixes).

19. Aconteceu uma coisa engraçada a um pescador: pescou uma (carpa, pescada, sapatilha, truta, sardinha).
20. Ele trilhou a mão na porta e desatou a chorar aos (bolos, ditos, atritos, gritos, golos).
21. Todos saíram de casa para ir ver os estragos provocados pela (explosão, exposição, ascensão, expedição, excepção).
22. Os frigoríficos impedem a comida de se (apagar, esaldar, manchar, gelar, estragar).
23. Eles combinaram ir assistir à corrida no próximo domingo porque gostam de ver os carros a correr na (pista, lista, mata, rota, mina).
24. Qual é o teu jogo favorito? Ping-pong, bilhar, dominó ou (camisas, cartas, malas, focas, mãos).
25. Da cratera do vulcão vão saindo ondas de (vaga, lava, fava, cave, lapa).
26. Porque é que não usas a faca para comer o (bico, baile, bife, brinco, bibe).
27. Um amigo empurrou-o e ele caiu pelas (cadeiras, escadas, manadas, camadas, mesas).
28. Os nossos vizinhos compraram um cão grande e mau para ficar à porta de casa, de (corda, fuga, coleira, grade, guarda).
29. É Inverno e de noite choveu muito; as gotas de água eram (gemadas, tiradas, geladas, pinheiros, socos).
30. Fomos passear ao Parque e apanhámos (cascavéis, castanhas, castelos, camelos, cachimbos).
31. Se pusermos o rádio muito alto, arriscamo-nos a incomodar os (peixinhos, dedinhos, azevinhos, vizinhos, adivinhos).
32. Quando lhe ralham e a castigam, ela fica (contente, grande, amável, alerta, triste).
33. O faquir, ao pôr uma faca na palma da mão, deixou-nos (pagos, adiados, escavados, amedrontados, magoados).
34. As pessoas gostam do que é novidade porque isso satisfaz a sua (bondade, amizade, curiosidade, vaidade, justiça).
35. O marido de uma filha é para a mãe dessa filha o (gigante, agente, genro, geção, gente).
36. Fomos de carro até ao pinhal e depois sentámo-nos a comer a nossa (eleição, rola, refeição, cal, feição).

ANEXO H

Resultados do teste de fluência e precisão da leitura - "O Rei"

Nome
Idade

● Rei vai nu

Era uma vez um rei muito vaidoso e que gostava de andar muito bem arranjado. Um dia vieram ter com ele dois aldrabões que lhe falaram assim:

- Majestade, sabemos que gosta de andar sempre muito bem vestido, bem vestido como ninguém; e bem o mereceis! Descobrimos um tecido muito belo e de tal qualidade que os tolos não são capazes de o ver. Com um fato assim Vossa Majestade poderá distinguir as pessoas inteligentes dos tolos, parvos e estúpidos que não servirão para a vossa corte.

- Oh! Mas é uma descoberta espantosa! -Respondeu o rei. Tragam já esse tecido e façam-me o fato; quero ver as qualidades das pessoas que tenho ao meu serviço.

Os dois aldrabões tiraram as medidas e, daí ~~a~~ umas semanas, apresentaram-se ao rei dizendo:

- Aqui está o fato de Vossa Majestade.

O rei não via nada, mas como não queria passar por parvo, respondeu:

- Oh! Como é belo!

Então os dois aldrabões fizeram de conta que estavam a vestir o fato, com todos os necessários e exclamações elogiosas:

- Ficais tão elegante! Todos ~~v~~os invejarão!

Como ninguém da corte queria passar por tolo, todos diziam que o fato era uma verdadeira maravilha. O rei até parecia um deus! A notícia correu toda a cidade: o rei tinha um fato que só os inteligentes eram capazes de ver.

Um dia o rei resolveu sair para se mostrar ao povo. Toda a gente admirava a vestimenta, porque ninguém queria passar por estúpido, até que, a certa altura, uma criança, em toda a sua inocência, gritou:

- Olha, olha! O rei vai nu!

E foi então que o rei se apercebeu da esparrela em que caiu.

3 minutos

cestos

5 minutos

Tempo	N.º de palavras lidas	N.º de erros	N.º de palavras lidas corretamente
	130	5	125

Fluência: $\frac{PLC}{180} \times 60 = \frac{125}{180} \times 60 = 41,67$ s. - 1,25

Precisão: $\frac{PLC}{PL} \times 100 = \frac{125}{130} \times 100 = 96,2\%$ s. 0,1

ANEXO I

Resultados da escala de Conners (versão reduzida)

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA) RESUMO DA AVALIAÇÃO

In. Especial e D. 1998

Resultados da Avaliação

A – COMPORTAMENTOS DE OPOSIÇÃO

Os indivíduos que obtenham valores elevados nesta escala apresentam comportamentos frequentes de quebrar regras, têm problemas com figuras de autoridade, zangam-se mais facilmente e são mais susceptíveis de serem provocados por outros. Estes comportamentos são mais frequentes do que se considera normal para a idade cronológica.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
2	47-49	64/65	

B. PROBLEMAS COGNITIVOS / DESATENÇÃO

Os valores altos referem-se a um défice de atenção. Estes indivíduos têm mais dificuldades académicas do que outros da mesma idade cronológica, têm dificuldades em organizar o seu trabalho escolar e apresentam problemas de concentração em tarefas que requerem um esforço mental prolongado.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
9	62-63	85-89	Relaciona-se el resultado obtido en TP.

C. EXCESSO DE ACTIVIDADE MOTORA

Valores elevados referem-se a indivíduos com dificuldades em ficar sossegados do ponto de vista motor, com problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, que apresentam comportamentos de irrequietude motora e são mais impulsivos e que necessitam de se mexer mais do que outros da mesma idade cronológica.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
2	43-44	39-40	

D. ÍNDICE DE DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE DE CONNERS.

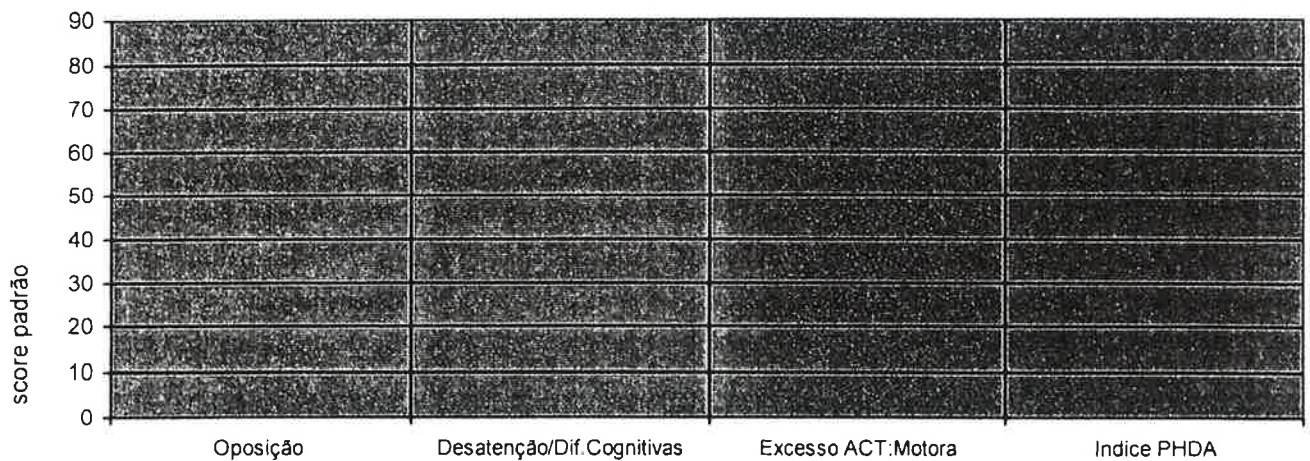
Identifica crianças e adolescentes em risco de terem uma perturbação do Défice de Atenção e Hiperactividade.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
12	50	60/64	Significativo

RESUMO E ENCAMINHAMENTO

Nº Escalas com valores padrão acima	65	70				
Escalas a assinalar	A	B	C	D		
RESUMO:						

PERFIL DE AVALIAÇÃO



<p>— Professor 1</p> <p>— Professor 2</p> <p>— Professor 3</p>
--

ESCALA DE CONNERS PARA PAIS VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA) RESUMO DA AVALIAÇÃO

Educação Especial e Reabilitação

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO:

A - COMPORTAMENTOS DE OPOSIÇÃO

Os indivíduos que obtenham valores elevados nesta escala apresentam comportamentos frequentes de quebrar regras, têm problemas com figuras de autoridade, zangam-se mais facilmente e são mais susceptíveis de serem provocados por outros. Estes comportamentos são mais frequentes do que se considera normal para a idade cronológica.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
2			

B - PROBLEMAS COGNITIVOS / DESATENÇÃO

Os valores altos referem-se a um défice de atenção. Estes indivíduos têm mais dificuldades académicas do que outros da mesma idade cronológica, têm dificuldades em organizar o seu trabalho escolar e apresentam problemas de concentração em tarefas que requerem um esforço mental prolongado.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
12	70/71	96/97	ATENÇÃO

C - EXCESSO DE ACTIVIDADE MOTORA

Valores elevados referem-se a indivíduos com dificuldades em ficar sossegado do ponto de vista motor, com problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, que apresentam comportamentos de irrequietude motora e são mais impulsivos e que necessitam de se mexer mais do que outros da mesma idade cronológica.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
13	67/68	93/94	ATENÇÃO

D. ÍNDICE DE DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE DE CONNERS.

Identifica crianças e adolescentes em risco de terem uma perturbação do Déficit de Atenção e Hiperactividade.

Resultado bruto	Resultado normativo	Percentil	Observação
25	66	92-93	ATENÇÃO