Universidades Lusíada

Santos, Joana Carolina Cardoso dos, 1991-

GAPPS : uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde

http://hdl.handle.net/11067/1804

Metadados

Data de Publicação 2016-01-13

Resumo O presente documento visa explanar a atividade desenvolvida no decurso do processo de estágio desenvolvido no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. A atuação incidiu sobre população infantil, jovem e idosa, por meio de intervenção clínica individualizada e na comunidade, tendo sido utilizados como instrumentos a entrevista, a observação, provas psicológicas cuja avaliação incidiu sobre o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental...

Palavras Chave Promoção da saúde, Psicologia clínica - Prática profissional, Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T21:38:00Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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

GAPPS: uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde

Realizado por:
Joana Carolina Cardoso dos Santos
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof.ª Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente

Relatório aprovado em: 8 de Janeiro de 2016

Lisboa

2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

GAPPS: Uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde

Joana Carolina Cardoso dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

GAPPS: Uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde

Joana Carolina Cardoso dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

Joana Carolina Cardoso dos Santos

GAPPS: Uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde

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

Orientador de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Joana Carolina Cardoso dos Santos
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título	GAPPS: Uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTOS, Joana Carolina Cardoso dos, 1991-

GAPPS : Uma experiência de intervenção na área da psicologia clínica e da saúde / Joana Carolina Cardoso dos Santos ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - 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 - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-
II - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Promoção da saúde
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Health promotion
2. Clinical psychology - Practice
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RA427.8.S56 2015

Agradecimentos

A obra que aqui se apresenta foi regada, no seu processo de criação, com litros de incentivo, paciência, tolerância e carinho por parte de todas as pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram esta obra possível.

Aos professores que me ensinaram tudo o que hoje sei, e em especial, àqueles que levo no coração, um obrigada pela forma como espalharam a palavra e me tornaram numa pessoa tão mais rica. Julgo não existir forma mais bonita de vos agradecer que a promessa de um compromisso absoluto com a paixão que nos uniu a todos – a psicologia.

À Damiana, à Cláudia, ao Nuno e à Sally, companheiros de livros e parceiros de coração, agradeço-vos por esta luta ter sido tão bem acompanhada. Obrigada pelo companheirismo, pelo respeito e por me terem sempre feito sentir tão segura e apoiada junto a vocês. Posso sorrir pois sei que nossa amizade não se esgotará com o término deste ciclo.

À minha melhor amiga, Ana, por ter estado sempre tão presente, tão dentro do quanto eu me dediquei ao longo destes anos para alcançar os meus objetivos. Obrigada por todas as horas em que me ouviste repetir as mesmas palavras vezes e vezes sem conta e, mesmo assim, sempre de um jeito tão atento (diria que és quase uma mestre em psicologia, fica a faltar o diploma); obrigada por seres um porto tão seguro para as horas de maior aperto; e obrigada por todos os sorrisos que me ofereceste. És um hino à amizade.

À Romeiras e à minha prima Drika, que me conhecem desde que sou gente, agradeço todos estes anos de amizade, acompanhada pela certeza que vos terei para sempre comigo.

À Catz, pelos momentos de boa disposição, pelo respeito e pela confiança que existe na nossa amizade. Ao David, por me ensinar tão bem o conceito de lealdade. À Filipa e à Sara, agradeço-vos por terem entrado na minha vida, tornando o meu caminho mais seguro e mais bonito. Obrigada por todas as palavras e momentos de preocupação, de incentivo, de proteção e carinho que me prestaram, contando ter-vos ao meu lado no restante traçar da minha história.

À Rosa, ao Fernando e à Rita, agradeço-vos do fundo do coração por me fazerem sentir sempre como uma filha e irmã junto da vossa família. Obrigada pelos cafés, pelas conversas, pelos sorrisos, e pelo calor que me dão, todos os dias.

Aos meus vizinhos Cássefazem Cássepagam, que para além de me disponibilizarem um serviço sempre tão profissional, ainda me venderam mil e um sorrisos e boa disposição a troco de nada.

Ao Freud e à Gipsy, meus amigos de quatro patas, por todas as lambidelas e abraços quentes, e pelo amor e lealdade com que me presenteiam dia e noite.

Aos meus avós, tios e primos, agradeço-vos pelo amor e por me fazerem sentir sempre tão em casa, esteja eu onde estiver, desde que convosco. É isto, família.

Ao Filipe, meu irmão, agradeço-te por me ensinares o verdadeiro significado de sede de conhecimento. A ti, minha mãe, por me mostrares todos os segundos da tua vida o que é um amor incondicional; por estares presente em tudo o que hoje sou; por seres, por mim. E a ti, meu pai, por seres o melhor homem que conheço e por me ensinares todos os valores que fazem de mim a pessoa que hoje sou.

Foi por mim e por vocês, com vocês. Obrigada!

"Não somos apenas o que pensamos ser.
Somos mais; somos também o que lembramos
e aquilo que nos esquecemos;
somos as palavras que trocamos,
os enganos que cometemos,
os impulsos a que cedemos, [sem querer]"

Sigmund Freud

GAPPS: Uma experiência de intervenção na área da Psicologia Clínica e da Saúde

Resumo

O presente documento visa explanar a atividade desenvolvida no decurso do processo de estágio desenvolvido no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. A atuação incidiu sobre população infantil, jovem e idosa, por meio de intervenção clínica individualizada e na comunidade, tendo sido utilizados como instrumentos a entrevista, a observação, provas psicológicas cuja avaliação incidiu sobre o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental e programas de promoção de competências pessoais e sociais na área da psicologia da saúde. Foram realizadas, também, práticas com componente de investigação. Tanto as estratégias e técnicas utilizadas na redução de sintomatologia, quanto as decisões clínicas no âmbito de avaliação psicológica se mostraram assertivas e eficazes. Os objetivos de estágio foram cumpridos com sucesso, o que proporcionou a aquisição de importantes competências para a prática profissional na área da psicologia clínica.

Palavras-chave: intervenção clínica individualizada, comunidade, psicologia da saúde, avaliação psicológica, investigação.

GAPPS: An intervention experience in

Clinical and Health Psychology area

Abstract

The following document's purpose is to explain the activity developed throughout the internship process in the Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. The activity included the infant, young and older populations by means of individual and communal clinical intervention, being used as instruments the interview, observation, psychological tests which evaluated cognitive, emotional and behavioral development and programs of development of personal and social skills in the area of health psychology. There were also activities related to research. Both the strategies and techniques used in the reduction of symptomatology, as the clinical decisions with the purpose of psychological evaluation proven to be assertive and effective. The objectives of the internship were successfully accomplished which allowed the acquisition of important skills to the professional practice in the area of clinical psychology.

Keywords: Individual clinical intervention, community, health psychology, psychological assessment, investigation.

Lista de tabelas

Tabela 1. Casos clínicos submetidos a intervenção clínica individualizada 68
Tabela 2. Atividades desenvolvidas/carga horária 82

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos participantes no grupo de jovens por idade..... 70
Gráfico 2. Distribuição dos participantes no grupo de jovens por género 70

Lista de abreviaturas e siglas

APA – Associação Americana de Psicologia;

APT - Association for Play Therapy;

ATL – Atividades de tempos livres;

AVP - Arginina Vasopressina;

e.g. – Por exemplo;

CAT-A - Children's Apperception Test – Animals;

CBCL/6-18 - Child Behavior Checklist for ages 6/18;

CCPNSD - Centro Comunitário e Paroquial da Nossa Senhora das Dores;

DFH - Desenho da Figura Humana;

DSM – II – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 2ª edição;

DSM – III – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 3ª edição;

DSM – IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição;

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição;

EHPS - *European Health Psychology Society*;

EUA – Estados Unidos da América;

FCR - Figura Complexa de Rey;

GAP - Gabinete de Apoio Psicológico;

GAPPS - Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde;

ID – Índice de dispersão;

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social;

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada;

MPCR - Matrizes progressivas Coloridas de Raven;

NICE - National Institute for Health and Care Excellence;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

P – Percentil;

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção;

QI – Quociente de inteligência;

RESAPES-AP - Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico do Ensino Superior - Associação Profissional;

RP – Resultado padronizado;

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia;

SCICA/6-18 - Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents for ages 6/18

TDF - Teste do Desenho da Família;

ULL - Universidade Lusíada de Lisboa;

WHO - *World Health Organization*;

WISC-III - Wechsler Intelligence Scale for Children-III.

Índice

Introdução 1
Caracterização da instituição e seus parceiros institucionais 3
Universidade Lusíada de Lisboa 3
GAPPS 4
GAPPS e seus parceiros institucionais 7
Centro Comunitário e Paroquial da Nossa Senhora das Dores 7
Casa de São Bento 7
Caracterização da população-alvo 9
Enquadramento teórico 11
Psicologia clínica 11
Psicologia da saúde 15
O papel do psicólogo clínico e ética 18
O processo de avaliação psicológica 21
Entrevista clínica de avaliação 23
Observação clínica 25
Provas psicológicas 26
Psicoterapia infantil: contextualização histórica 31
Ludoterapia 33
Processo relacional infantil e suas implicações 38
A experiência de eventos stressantes no decorrer do período infantil 41
Enurese 44
Perturbação de hiperatividade/défice de atenção 53
Objetivos de estágio 65
Método 67
Participantes 67
Instrumentos 71
Observação clínica 71
Entrevista clínica 71
SCICA/6-18: Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents for ages 6/18 72
Wechsler Intelligence Scale for Children-III 72
Matrizes progressivas Coloridas de Raven 73
Figura Complexa de Rey 74
Teste de Barragem de 2 sinais de Zazzo 75
Children's Apperception Test – Animals 75
Teste do Desenho da Família 76

Escala de Conners para Pais e Professores 77
Procedimentos 77
Outras atividades desenvolvidas 81
Resultados 83
Estudo de caso A 83
I - Histórico do caso 83
Dados de identificação 83
Motivo do pedido 83
História do problema atual 84
Histórico pessoal e desenvolvimental 84
História clínica 86
Dinâmica familiar e antecedentes 87
II- Formulação do caso 89
Fatores predisponentes: 89
Fatores precipitantes: 89
Fatores de manutenção: 90
Fatores de proteção: 90
Hipótese diagnóstica 91
Proposta de intervenção terapêutica 91
Análise e progressão das sessões 92
Discussão de caso 99
Estudo de caso B 101
I - Histórico do caso 101
Dados de identificação 101
Motivo do pedido 101
História da doença atual 101
Histórico pessoal e desenvolvimental: 102
História clínica: 103
Dinâmica familiar e antecedentes: 103
II - Formulação do caso 104
Fatores predisponentes: 104
Fatores precipitantes: 105
Fatores de manutenção: 105
Fatores de proteção: 105
Áreas psicológicas avaliadas 105
Resultados 106
Desenvolvimento cognitivo 106

Desenvolvimento emocional 107
Desenvolvimento comportamental 112
Observação clínica 112
Hipótese diagnóstica 114
Discussão de caso 114
Conclusão 119
Reflexões finais 121
Referências 123
Apêndices
Lista de apêndices
Apêndice A
Apêndice B
Anexos
Lista de anexos
Anexo A
Anexo B
Anexo C
Anexo D
Anexo E
Anexo F

Introdução

O presente documento explana o processo de atividade profissional decorrido do estágio curricular desenvolvido no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde, com vista à obtenção do grau mestre em psicologia clínica da Universidade Lusíada de Lisboa.

Essa atividade foi desenvolvida em torno de três grandes áreas da psicologia clínica: a intervenção clínica individualizada, a intervenção grupal comunitária e a investigação, áreas essas sobre as quais se apresentam incididos os objetivos de estágio.

A intervenção clínica individualizada foi orientada por base do modelo teórico cognitivo-comportamental e os dados recolhidos por meio da anamnese, entrevista, observação clínica e processo de avaliação psicológica foram analisados e tratados à luz do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – *5ª edição* (DSM-5).

O documento é composto pela caracterização da instituição em que decorre o estágio e seus parceiros institucionais, pela população-alvo sobre a qual incide a prática clínica, pelo enquadramento teórico, que sustenta a análise e discussão de dois estudos de caso aqui desenvolvidos, pelos objetivos de estágio, pelo método, que apresenta os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de estágio, pela apresentação de outras atividades desenvolvidas no processo, pelos resultados verificados, onde consta a análise dos casos citados acima e, por fim, pela conclusão e breve e reflexão final.

Caracterização da instituição e seus parceiros institucionais

A Universidade Lusíada de Lisboa (ULL) dispõe de um Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS) que abriga estagiários académicos e profissionais, e no qual se insere o estágio que dá corpo à presente tese.

Será feito, adiante, uma breve caracterização da instituição e, posteriormente, da unidade do GAPPS, apresentando-se uma retrospetiva da emergência e criação deste orgão numa instituição de cariz de académico, bem como uma descrição dos seus objetivos, serviços prestados e diferentes valências. Importa acrescentar que, atendendo a uma das valências a ser exploradas estágio em análise - promoção de competências pessoais e sociais, os estagiários do presente ano letivo foram chamados intervir, sob alçada deste ponto, num contexto externo à instituição, mais especificamente no Centro Comunitário e Paroquial da Nossa Senhora das Dores (CCPNSD) e Casa de São Bento, instituições parceiras que serão brevemente caracterizadas no final deste capítulo.

Universidade Lusíada de Lisboa

A ULL foi fundada no dia 28 de Junho de 1986 pela Cooperativa de Ensino Universidade Lusíada, transformando-se, mais tarde, em Fundação Minerva - Cultura, Ensino e Investigação Científica, pelo Decreto-Lei n.º 117/2003, de 14 de Junho.

Partindo da capital, estendeu-se a outros pontos do país, nomeadamente ao Porto e Vila Nova de Famalicão, alargando-se, também, para fora dos limites continentais, na República Popular de Angola e República Democrática de São Tomé e Príncipe (Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde [GAPPS], 2010/2011).

Um dos pilares da formação das Universidades Lusíada assenta na prestação de um serviço não limitado a «quatro paredes», dispondo de atividades de extensão cultural alargadas, desempenhando um papel importante para a vida da universidade e fomentando nos seus alunos o espírito de equipa, cooperação e entreajuda, consolidação

de valores e princípios fundamentais para a sua formação e desenvolvimento de uma personalidade estável e equilibrada (GAPPS, 2010/2011).

A ULL é constituída por quatro faculdades distintas - a Faculdade de Arquitetura e Artes, a Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa, a Faculdade de Ciências Humanas e Sociais e a Faculdade de Direito; quatro institutos - o Instituto Lusíada de Investigação e Desenvolvimento, o Instituto Lusíada de Pós-graduações, o Instituto de Psicologia e de Ciências da Educação e o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa; desenvolve, também, uma ampla atividade de investigação científica, cujos seus centros são reconhecidos e avaliados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e dos quais faz parte o Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento; disponibiliza aos seus alunos um vasto serviço de informação e documentação e oferece, também, serviços de ação social, gabinete de serviços médicos, avaliação institucional e creditação, capelania, editora, estágios/univa, livraria "Quid Juris", *erasmus* e GAPPS. Será sobre este último serviço mencionado que se debruçarão as linhas seguintes (GAPPS, 2010/2011).

GAPPS

Em Novembro de 2009 surge o Gabinete de Apoio Psicológico (GAP), permitindo dar resposta a uma exigência cada vez mais emergente no contexto universitário. Nesta primeira instância, procurava-se, essencialmente, prevenir e zelar pelo bem-estar sócio-emocional e qualidade de vida universitária (estudantes, professores e funcionários) por meio de apoio psicológico especializado. Assim, a partir desta data, toda a comunidade académica passa a ter à sua disposição um serviço preparado para prevenir e tratar problemas psicológicos e de desempenho escolar, bem como usufruir de uma intervenção ao nível do desenvolvimento pessoal e sócio-emocional. Foi no ano letivo 2010/2011 que, ao ser anexada a promoção de saúde às valências antes mencionadas,

dá-se a alteração do GAP para GAPPS - Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS, 2010/2011).

Em consonância com a Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico do Ensino Superior - Associação Profissional (RESAPES-AP), que defende a importância dos alunos terem à sua disposição uma oferta de sistemas de apoio psicológico de forma a promover uma melhor adaptação dos mesmos ao contexto e exigências do ensino superior (RESAPES-AP, 2002), e inserido, também, nos objetivos propostos pelas *guidelines* internacionais da OMS (Organização Mundial de Saúde) no que diz respeito à implementação de políticas de prevenção e de promoção de saúde mental (área de «promoção de saúde mental para todos») e pelos desenvolvidos pelo Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 apresentado pela Direcção-Geral de Saúde (área de «uma juventude à descoberta de um futuro saudável» e «desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental»), o GAPPS partilha de uma rede e base sólida de objetivos, valores e princípios orientadores que fazem dele um serviço pautado pela excelência.

Assim, esta unidade pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar sócio-emocional da comunidade universitária, tendo também estendido os seus serviços à comunidade externa à universidade, sempre a título gratuito. Pretende, também, realizar um atendimento específico individualizado nas áreas de orientação e aconselhamento psicológico, psicoterapia de apoio, apoio em situações de crise, orientação vocacional e em grupos de apoio; proceder, se necessário, a um encaminhamento do paciente a outras áreas no âmbito de uma intervenção multidisciplinar; realizar atividades de promoção de saúde junto da comunidade estudantil; desenvolver metodologias de avaliação dos hábitos e estilos de vida dos alunos da ULL; e aumentar o nível informacional sobre os recursos e serviços prestados

pela unidade, quer ao nível da comunidade universitária, quer ao da sociedade civil, em geral (GAPPS, 2010/2011).

Geograficamente, o GAPPS situa-se nas instalações da ULL, e dispõe de uma sala de espera e de dois gabinetes que oferecem totais condições de sigilo e proteção de identidade aos seus clientes. O contacto é estabelecido num ambiente de confiança e empatia e onde o processo terapêutico se rege de acordo com os princípios de confidencialidade e sigilo profissional. A supervisão clínica e técnica é realizada pela Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra Santos, coordenadora do gabinete (GAPPS, 2010/2011).

Ao nível das suas valências, o GAPPS pratica a sua atividade clínica por intermédio da entrevista clínica, avaliação psicológica, orientação e aconselhamento psicológico, psicoterapia de apoio, acompanhamento psicológico e apoio em situações de crise nas mais diversas áreas. Os quadros teóricos que orientam os seus profissionais são o cognitivo-comportamental, existencial e sistémico, com predominância da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais. Outras valências do GAPPS são, também, orientação e aconselhamento vocacional; ações de promoção de saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis; apoio à comunidade através de psicoterapia de apoio/intervenções clínicas, orientação e aconselhamento vocacional, apoio específico a escolas (atendimento individualizado ou realização de ações/workshops) e estabelecimento de protocolos de colaboração e parcerias com instituições na comunidade; desenvolvimento de projetos de investigação; acolhimento e supervisão de estagiários académicos e profissionais da área da psicologia; promoção de ações de colaboração com outros GAP (rede RESAPES-AP); e, intervenções de grupos terapêuticos (GAPPS, 2010/2011).

GAPPS e seus parceiros institucionais

Com vista à melhoria e expansão do serviço prestado, o GAPPS procura enriquecer a sua prática com a criação de protocolos e colaboradores junto da comunidade externa à ULL, estabelecendo parcerias com escolas e instituições, como é o caso do CCPNSD e da Casa de São Bento, parceiros do GAPPS no estágio que dá corpo à presente tese.

Centro Comunitário e Paroquial da Nossa Senhora das Dores

Fundado a 1 de Janeiro de 1986 na localidade de Caxias, o CCPNSD assume-se como instituição de solidariedade social focada em atividades de cariz diverso, como apoio domiciliário e distribuição de géneros do Banco Alimentar a população carenciada da freguesia, e dispõe de serviço de centro de dia e de creche.

A existência de zonas degradadas na freguesia de Caxias, nomeadamente a Pedreira Italiana e o Murganhal, bem como a construção do bairro municipal Francisco Sá Carneiro, conduziram o CCPNSD a estender a sua atividade a outra valência através do projeto «Casa de São Bento», apoiando crianças e jovens com famílias, geralmente, desestruturadas, com elevado absentismo e insucesso escolar e grande propensão a comportamentos de risco. Este projeto de intervenção comunitário será explanado no ponto seguinte.

É de notar que o CCPNSD se tornou parceiro institucional do GAPPS no presente ano letivo, recebendo na sua unidade, pela primeira vez, os estagiários académicos deste último.

Casa de São Bento

Geograficamente distanciada em cerca de meio quilómetro do CCPNSD, a Casa de São Bento é gerida por uma equipa técnica constituída por duas assistentes sociais - Dra. Elisabete e Dra. Ana, cujo trabalho é desenvolvido em parceria com vários

voluntários, sendo a maioria destes últimos, jovens que, também eles, foram apoiados por esta instituição.

Os seus objetivos de intervenção passam, essencialmente, por prevenir comportamentos de risco com a promoção de competências pessoais e interpessoais nestas crianças e jovens, fazendo-se acompanhar de estratégias de dinâmica de grupos, intervenção individualizada e acompanhamento à rede familiar; promoção da aquisição de estilos de vida saudáveis, com a manutenção dos seus tempos livres por meio de atividades lúdicas, desportivas e culturais; e, acompanhamento e encaminhamento de crianças e jovens em situação de risco e, se necessário, comunicação com outras instituições de intervenção, como é o caso da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

A Casa de São Bento dispõe de um espaço que é utilizado como igreja pela comunidade, espaço este utilizado, também, para desenvolver atividades grupais entre as crianças/jovens e as assistentes sociais e os voluntários, e o qual serviu como espaço para a intervenção grupal efetivada pelos psicólogos estagiários. A intervenção individual desenrola-se, de forma revezada, por este último local, uma sala de informática e uma sala de arrumações.

Caracterização da população-alvo

O GAPPS, recebe na sua unidade, atualmente, população académica e comunidade externa à ULL, como aliás, já foi referenciado. As problemáticas sobre as quais incide a prática clínica são de ordem variada e com ação sobre uma faixa-etária alargada, abrangendo crianças, adultos e idosos. Uma vez que o serviço é de cariz gratuito, o extrato sócio-económico é, também ele, ampliado.

No contexto dos parceiros institucionais, no que diz respeito ao CCPNSD, este acolhe, diariamente, cerca de 70 idosos, recebe 44 crianças na creche e presta apoio domiciliário a cerca de 30 pessoas.

Relativamente à Casa de São Bento, apresenta uma população-alvo de cerca de 40 crianças oriundas da freguesia de Caxias, com idades compreendidas entre os 5 e os 16 anos de idade, procurando acolher crianças e jovens com famílias desestruturadas e abandónicas, com baixo nível sócio-económico e com poucas referências saudáveis de orientação de vida e convivência diária com a prática de comportamentos de risco; crianças e jovens com carências alimentares e carências de hábitos básicos de higiene; e, crianças e jovens com elevada incapacidade de contenção, dificuldade em assumir compromissos e em integrar regras e normas de conduta, sem uma ocupação saudável no tempo pós-escolar.

No que diz respeito à recolha de dados para o projeto de investigação do qual os estagiários fizeram parte - «fatores psicossociais e profissionais promotores de qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo», realizado em parceria com a Universidade Lusíada do Porto e a Aventura Social, a população-alvo incidiu em sujeitos com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos de idade, de ambos os géneros, com diferentes níveis de escolaridade, trabalhadores e reformados, com e sem doença crónica.

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

O conceito de clínico (do grego *Klinicos* e do latim *Clinicus*) significa, etimologicamente, aquele que visita o doente na cama ou à beira do leito (Dutra, 2004; Leal, 2008). Numa expansão do conceito, o termo passa a empregar-se associado à profissionalização médica, sendo que, segundo Doron & Parot (1998, pp. 144-145) *"(...) originalmente, a atividade clínica é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento"*, praticando assim, um atendimento personalizado e cujo método de diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente (Leal, 2008), o que sugere a psicologia clínica como herdeira do modelo médico, evidenciando um papel fundamental na *práxis* do psicólogo no contexto da clínica (Dutra, 2004; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Da prática médica surge o método clínico, com origem em França, e constituindo-se como um dos polos metodológicos próprios de uma a psicologia em emergência (Aguiar, 2001). Dos defensores de uma psicologia assente no método clínico, destacam-se nomes como Piaget, Schraml, Thinés e Lempereur, definindo estes dois últimos o método clínico como um processo que visa a aquisição de conhecimentos alcançados pelo cruzamento do material fornecido pela anamnese, avaliação e interação clínica entre profissional e paciente (Thinés & Lempereur, 1984). Quase vinte anos volvidos, Anzieu (2001) seguiria a mesma linha de raciocínio, referindo-se ao método clínico como o modo de estudar o homem, recolhendo factos através da observação dos comportamentos, da entrevista, da análise das produções documentais do sujeito e dos resultados da aplicação de testes psicológicos. Pedinielli (1999, p. 39) refere, ainda, que este tem uma finalidade de propor *"uma terapêutica, uma medida de ordem social ou*

educativa, ou uma forma de conselho que permita a modificação positiva do indivíduo". O surgimento de uma psicologia adjetivada como clínica advém, assim, da utilização do método clínico, como refere Lagache (1979 cit. por Aguiar, 2001), defendendo que é o método clínico quem disponibiliza a especificidade a esta ciência. Em paralelo, e segundo Marques (2001), a especificidade da psicologia é o estudo de caso. A partir deste procedimento, produz-se um saber totalizante sobre o seu objeto em estudo - o caso psicológico. Sobre a designação de «caso» está consagrada a ideia do individual e do singular. Neste encontro operacionaliza-se o objetivo da psicologia clínica, que se baseia *"no estudo, tão pormenorizado quanto possível, dos casos, isto é, dos fenómenos singulares"* (Pedinielli, 1999, p. 14).

Foi nos EUA que, pela primeira vez, no ano de 1896, Witmer usou as expressões «psicologia clínica», «clínica psicológica» e «método clínico em psicologia», referindo-se, ao mesmo tempo, a uma prática profissional, a um objeto e a uma forma de procedimento (Marques, 2001), opondo-se ao trabalho desenvolvido em laboratório (Leal, 2008). É, portanto, no século XIX que ocorre a gestação do espaço psicológico (Figueiredo, 1995). O psicólogo americano abriu, também, a primeira clínica psicológica dos Estados Unidos na *University of Pennsylvania* em Março do mesmo ano (Benjamin, 1996). Em 1907, Witmer propôs formalmente uma nova profissão, a do psicólogo clínico, independente e autónoma tanto em relação à medicina, quanto à educação e criou a publicação *Psychological Clinic*, para que as descrições dos casos clínicos pudessem ser publicadas (Hothersall, 2006).

Um dos grandes marcos históricos do nascimento desta nova ciência foi a criação de uma secção clínica para regular e organizar o exercício profissional da psicologia clínica por parte da Associação Americana de Psicologia (APA) no ano de 1935, declarando que, a partir dos métodos de medição, análise e observação, e por meio da

integração dos resultados desses processos com os dados anamnésicos, a psicologia clínica teria por objetivo definir as características de comportamento, bem como as suas capacidades e potencialidades, tendo em vista um ajustamento eficaz do indivíduo (MacKay, 1975 cit. por Leal, 2008).

Ainda no século XIX, um outro nome pioneiro do uso da expressão foi Freud, que já em 1899 se referia à psicologia clínica, numa das cartas a Fliess, na qual, ao referir-se às conceções que os estudos sobre a histeria abrem, utiliza o termo para designar as conexões com a psicologia e a clarificação das relações com conflito e com a vida (Anzieu, 2002; Marques, 2001). Quer o seu pensamento, quer o movimento psicanalítico, foram considerados como peças fundamentais para o avanço da psicologia clínica, expandindo os limites da clínica de Witmer (Schultz & Schultz, 2004). Assim, a psicanálise, serviu de alicerce fundador da psicologia clínica, quer enquanto teoria, quer enquanto abordagem psicoterapêutica, já que foi a primeira teoria e psicoterapia a ser proposta. Permitiu, também, o incentivo de um olhar singular sobre o funcionamento psicológico e da expansão de terapêuticas nas quais a relação e o uso da palavra se tornaram na sua base fundamental (Leal, 2008).

A psicologia experimental que, construindo e produzindo o seu conhecimento de costas voltadas para a psicologia clínica, creditando-lhe falta de cientificidade, é a partir dos anos 50 do século XX, integrada em modelos considerados pertencentes, também eles, à psicologia clínica. É, assim, sob os parâmetros das conceções e dos modelos médico, experimentalista e, mais tarde, psicanalítico, que se inaugurou e fundou a psicologia clínica. Contudo os conflitos e disputas no cerne da origem desta ciência remontam a divergências entre esta e a medicina - lembre-se a frase de Canguilhem *"a psicologia é uma filosofia sem rigor* (...)*, uma ética sem exigência* (...)*, uma medicina sem controlo"* (1973, p. 104). A psicologia clínica não teve, de facto, uma fácil

emancipação e autonomização, o que acarretou uma trajetória de distorções e uma complicada definição do que seja o seu campo de conhecimento (Teixeira, 1997). No entanto, as críticas e dificuldades referidas não intimidaram nem anularam a consolidação do trajeto próprio desta ciência, que já desde o século XIX procurava o seu próprio espaço de afirmação (Leal, 2008).

Quanto à definição do que seja a psicologia clínica, ela aparece desde os seus primórdios até à atualidade de forma plural, considerando Bianco, Bastos, Nunes e Silva (1994) que a sua definição é uma tarefa difícil, muito embora esteja, quase sempre, segundo Leal (2008), colocada a tónica da análise, da observação e medição dos comportamentos dos indivíduos, tendo como objetivo último o ajustamento. De acordo com Huber (1993) a história antiga e recente da psicologia clínica mostra uma enorme variedade de pontos de vista e definições, dependendo da posição teórica dos autores e, às vezes, da sua preocupação em afastar a possibilidade de conflitos territoriais com a medicina.

Inicialmente, a psicologia clínica estava voltada para um sistema de atenção centrado no indivíduo com foco na compreensão e tratamento da sua doença, vinculada fortemente ao modelo médico, sobretudo na década de 30 com a evolução do psicodiagnóstico. Segundo Figueiredo (1995), a conceção clássica de psicologia clínica concentra a noção desta ciência como uma disciplina que tem como preocupação o ajustamento psicológico do indivíduo e como princípios o psicodiagnóstico, a terapia individual ou grupal exercida de forma autónoma em consultório particular, cuja ênfase está assente nos processos psicopatológicos e onde há uma centração na relação dual do terapeuta e paciente.

Para Piéron (1968 cit. por Leal, 2008) a psicologia clínica referia-se à ciência da conduta humana, cuja observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto

normais como patológicos, se poderia estender a grupos. Já para Garfield (1965 cit. por Leal, 2008), a psicologia clínica seria o ramo da psicologia que se interessava pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade. Numa extensão desta definição, Shakow (1975 cit. por Leal, 2008) refere-se a esta como uma área que procura apoiar sujeitos com desajustes comportamentais ou perturbações mentais a atingir um ajustamento pessoal tão pleno quanto possível. Desai (1967 cit. por Leal, 2008) referia que a psicologia clínica responderia de acordo com a escola ou escolas de pensamento psicológico que cada profissional aceitasse e orientasse a sua prática. Quase três décadas depois, Huber (1993) contempla na sua análise a ideia de que a psicologia clínica está envolvida num contexto interdisciplinar, numa fusão que compreende áreas tão distintas como a economia e o direito, não se circunscrevendo aos ideais de uma determinada área do conhecimento.

A psicologia clínica, atualmente entendida como uma das grandes três áreas da psicologia, a par da psicologia do trabalho, social e das organizações e da psicologia da educação, apresenta um leque de área de estudos, intervenções e especializações que lhe conferem uma prática alargada, como é o caso da psicologia da saúde, a qual tem ganho um lugar de destaque na atualidade.

Psicologia da saúde

O conceito de saúde esteve suscetível a algumas alterações de significado com o passar do tempo, o que justifica, segundo uma pesquisa realizada por pesquisadores e psicólogos do Brasil, Espanha e Argentina, a uma dificuldade por parte dos seus participantes em descreverem com clareza o conceito de saúde (Sarriera et al., 2003). A *World Health Organization* (WHO, 2015) define a saúde não somente como ausência de doença, mas como um estado de total bem-estar físico, mental e social, o que confere ao conceito uma complexidade associada das funções orgânicas, físicas e mentais.

O campo de atuação do psicólogo vem-se expandindo para além das fronteiras tradicionais que estão no cerne do seu nascimento, prova disso foi a criação de uma nova área de estudos e intervenções - a psicologia da saúde (Silva, 2005). Esta é definida pelo Colégio Oficial de Psicólogos de Espanha (COP) como uma disciplina ou o campo de especialização da psicologia, que visa avaliar, diagnosticar, tratar, modificar ou prevenir problemas de ordem física ou mental, que se demonstrem relevantes para a manutenção da saúde (COP, 2015).

Já em 1980, Matarazzo utilizara a expressão «psicologia da saúde», referindo que esta visa, sobretudo, a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e, também, os aspetos psicológicos associados ao seu tratamento e reabilitação. Mais sucintamente, a psicologia da saúde pode ser definida, então, como a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Ogden, 2000).

Historicamente, a APA foi a primeira associação de psicólogos a criar um grupo de trabalho na área da saúde no ano de 1970. Posteriormente, em 1978 surge a «divisão de psicologia da saúde» (Divisão 38) por parte da mesma associação. A primeira revista oficial da área - a *Health Psychology*, foi lançada em 1982, também por esta associação. Em 1986, e seguindo esta tendência de movimento de abertura ao campo da psicologia da saúde, forma-se a *European Health Psychology Society* (EHPS), uma organização profissional que visa promover a pesquisa teórica e empírica e suas aplicações para a psicologia da saúde europeia e à qual Portugal é associado, a par de outros países como Alemanha, Holanda, Reino Unido e Espanha (Castro & Bornholdt, 2004; Teixeira, Cima & Cruz, 1999).

Em Portugal, alguns marcos são importantes de mencionar, como o início formal do ensino da psicologia da saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)

no ano de 1987, o que serviu de alicerce para a multiplicação de projetos de formação e para o desenvolvimento da investigação na área; surge a inclusão, com o Decreto-Lei nº 241/94, do ramo de psicologia clínica na carreira dos técnicos superiores de saúde (Diário da República, 1994); no ano de 1995 dá-se a fundação da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde; em 2001, a edificação da Associação Portuguesa de Psicólogos dos Cuidados de Saúde Primários; e assiste-se à realização crescente de congressos nacionais de psicologia da saúde, conferências e seminários, observando-se um crescimento substancial da disciplina e da prática profissional a esta associada (Castro & Bornholdt, 2004; Martín-Baró, 1996; Teixeira et al., 1999).

Diversas áreas do saber, como é o caso das ciências biomédicas, da psicologia clínica, da psicologia social, da psicologia comunitária e da psicobiologia servem de contributo para o campo de conhecimento da psicologia da saúde (Remor, 1999; Simon, 1993), pretendendo compreender de que forma é que os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença e cujo objetivo último assenta na compreensão de como é que, através de intervenções psicológicas, se pode contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (APA, 2015a).

A abordagem psicológica em saúde implica a consideração simultânea do sujeito, da família, dos técnicos de saúde e do suporte social e, por isso, o objeto da psicologia da saúde é, exatamente, o sujeito individual e as suas relações com esses elementos (Trindade & Teixeira, 1998).

Os fatores que conduziram à emergência desta ciência devem-se, em parte, às mudanças sociais resultantes do desenvolvimento, da industrialização e da urbanização, o que resultou numa modificação dos sistemas tradicionais de suporte social e que incitou o aparecimento de fatores de *stress* social com impacto significativo para a

saúde (Teixeira et al., 1999).

Como principais áreas de investigação e intervenção, destacam-se a aquisição de comportamentos protetores de saúde e promotores de qualidade de vida, confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e de tratamento indutores de *stress*, processos de confronto com a doença e a incapacidade, informação e comunicação nos serviços de saúde, gestão dos perigos ecológicos para a saúde e condições de saúde dos técnicos da área (Diekstra, 1990; Weinman, 1990).

Apesar de intervir nos três níveis de atuação - primário, secundário e terciário, a prevenção primária merece especial destaque nesta área. Assumindo um papel na promoção e educação para a saúde quando não existe ainda um problema instalado, permite um trabalho multiplicador por capacitar a comunidade como um agente de transformação, a qual aprende a lidar, controlar e melhorar a sua qualidade de vida (Besteiro & Barreto, 2003; Rey, 1997).

São vários os contextos laborais no qual decorre a atividade do psicólogo da saúde, nomeadamente ao nível dos serviços públicos (Serviço Nacional de Saúde), ao nível dos serviços privados (consultórios, clínicas e empresas) e do sector social. Podem exercer, também, em universidades, na área do ensino, formação e investigação e em organismos do Ministério da Saúde (Teixeira, 2004). Para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos sujeitos e comunidade, a intervenção dos psicólogos da saúde pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA, 2015b).

O papel do psicólogo clínico e ética

Atualmente, com as práticas emergentes em psicologia já consolidadas, dá-se uma flexibilização e uma politização cada vez mais crescentes no domínio e

desenvolvimento do trabalho clínico. Esse aspeto torna-se essencial face à multideterminação de fatores que atravessam o exercício profissional na diversidade de campos em que se insere o psicólogo (Castro & Bornholdt, 2004).

Em 1994, no Decreto-Lei nº 241/94 definiram-se as funções, formação e progressão da carreira do psicólogo clínico, considerando-o como um profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde (Diário da República, 1994). Esquematicamente, são atribuídas, no mesmo decreto-lei, as funções do psicólogo: *"*a) *o estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico;* b) *o estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento;* c) *a participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico;* d) *o aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo;* e) *a intervenção psicológica e psicoterapia;* f) *a responsabilidade pela escolha, administração e utilização de equipamento técnico específico da psicologia;* g) *a integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente;* h) *a participação em reuniões científicas;* i) *a participação em ações de formação na área da especialidade e afins;* j) *a participação em programas de investigação em aspetos relacionados com a sua área profissional;* k) *a responsabilização por sectores ou unidades de serviços;* l) *a participação em júris de concurso e de avaliação"*. Teixeira (2004) refere, assim, que o psicólogo clínico não se resume ao trabalho de gabinete, intervindo, nomeadamente, na comunidade, aplicando programas de promoção de saúde e prevenção da doença, bem como numa prática no âmbito do ensino e da investigação. Com o enfoque na saúde mental, dá-se, então, a extensão das funções do psicólogo clínico à manutenção e reabilitação da saúde, o que faz dele, um cuidador da saúde mental e física (Page & Stitke, 2006), podendo a pessoa

que solicita o seu serviço padecer, ou não, de patologia (Leal, 2009), respondendo a múltiplos tipos de problemáticas humanas e institucionais (Trindade, 1999). Assim, segundo Dutra (2004), o lugar ou o espaço onde acontece o ato clínico não é o que caracteriza esta prática, mas sim, um fazer psicológico que se pauta pelas conceções teóricas e metodológicas que refletem a postura do profissional diante do fenómeno psicológico que se coloca em questão. Mas, refere o mesmo autor, mais ainda do que o ato clínico ser pautado por um referencial teórico, ele é orientado por aspetos éticos e deontológicos (Dutra, 2004), aspeto também referenciado por Leal (2008).

Segundo Leal (2008, p.237), *"o psicólogo clínico é, antes de mais, um profissional que no exercício das suas funções se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético, o código deontológico do seu grupo profissional e as regras de procedimento técnico do quadro teórico que perfilha"*.

O Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, regulamentado pelo Decreto-Lei nº258/2011 procura nortear a atividade do profissional de psicologia no que diz respeito aos seus princípios éticos. O código declara: "a) *respeito pela dignidade e direitos da pessoa - os/as psicólogos/as devem respeitar as decisões e os direitos da pessoa (...) não devem fazer distinções entre os seus clientes por outros critérios que não os relacionados com os problemas e/ou questões apresentadas, e devem, com a sua intervenção, promover o exercício da autonomia dos clientes;* b) *competência - os/as psicólogos/as têm como obrigação exercer a sua atividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante atualização profissional, de forma a atingir os objetivos da intervenção psicológica;* c) *responsabilidade - os/as psicólogos/as devem ter consciência das consequências que o seu trabalho pode ter junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral;* d) *integridade - os/as*

psicólogos/as devem ser fiéis aos princípios de atuação da profissão promovendo-os de uma forma ativa; e e) *beneficência e não-maleficência - os/as psicólogos/as devem ajudar o seu cliente a promover e a proteger os seus legítimos interesses"* (Diário da República, 2011).

A *práxis* do profissional de psicologia deve, então, nortear-se em função dos decretos-lei apresentados, tanto no que diz respeito a intervenções terapêuticas alongadas no tempo, como aquelas em que a atividade clínica decorre apenas em contexto de processo de avaliação psicológica.

O processo de avaliação psicológica

A avaliação psicológica é, talvez, uma das áreas mais antigas da psicologia. Historicamente associada ao desenvolvimento da psicometria e ao imperialismo da utilização de testes psicológicos, hoje reconhece-se a necessidade de considerar o recurso a instrumentos de medida apenas como um dos aspetos, ainda que essencial, na prática da avaliação psicológica (Guillevic & Vautier, 2001; Primi, 2010; Simões, Gonçalves & Almeida, 1999). Segundo Primi (2003) a conceção de avaliação psicológica, simplesmente, como uma área técnica baseada na utilização de ferramentas e instrumentos, é uma visão redutora do seu campo de atuação e dos próprios objetivos que lhe estão associados.

Por avaliação, entenda-se, a produção de informação útil para, posteriormente, se tomarem decisões válidas e bem fundamentadas. Desta definição genérica do que seja a avaliação, é possível aplicá-la a qualquer ciência e prática profissional, e a psicologia não é exceção (Ribeiro & Leal, 1997). Assim, a avaliação psicológica diz respeito a uma atividade que visa a busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico dos sujeitos e, por meio dessa coleta de dados e sua respetiva interpretação, orientar ações e apoiar o processo de tomada de decisão (Diniz,

Almeida & Pais, 2007; Primi, 2010; Wechsler, 1999). Primi (2003) acrescenta que a avaliação psicológica permite, além disso, a operacionalização das teorias psicológicas, para que assim, estas possam ser testadas e, eventualmente, aprimoradas. Disso decorre que o avanço da avaliação psicológica não só diz respeito ao progresso da instrumentação disponível, mas sobretudo das teorias explicativas do funcionamento psicológico existentes (Primi, 2003). Fernández-Ballesteros et al. (2001) referem que o processo de avaliação psicológica implica três diferentes aspetos: 1) um processo de tomada de decisão; 2) um processo de constante questionamento; e 3) requer a produção de hipóteses.

A avaliação psicológica é, por lei, prática reservada ao psicólogo, o que lhe concede, assim, a exclusividade nesse domínio. O psicólogo está, portanto, obrigado a garantir a adequação dessa prática, tendo que responder perante estruturas de vigilância ética à atividade da profissão, como foi aliás, referido anteriormente (Noronha & Reppold, 2010; Ribeiro, 2013).

Conforme está determinado como competência na carreira do psicólogo clínico, a avaliação psicológica tem um papel importante na prática do psicodiagnóstico. Este diz respeito a uma modalidade de avaliação referente à esfera clínica (Ribeiro & Leal, 1997). Cunha, Freitas e Raymundo (1993, p. 5) descrevem o psicodiagnóstico como *"um processo científico, limitado no tempo, que utiliza métodos e técnicas psicológicas, em nível individual ou não, entendendo, à luz dos princípios teóricos, os problemas, identificando e avaliando aspetos específicos, classificando o caso e prevendo o seu curso possível"*.

As condições ideais para o trabalho avaliativo estão na possibilidade de cruzamento com dados oriundos de diversas fontes, nomeadamente das entrevistas (incluindo o acesso à história clínica e à história pessoal), da observação, das provas

psicológicas, da consideração de informação proveniente de avaliações complementares de outras ciências, e outros (Anastasi & Urbina, 2000; Chiodi & Wechler, 2008; Noronha & Reppold, 2010; Ribeiro, 2013).

Entrevista clínica de avaliação

A entrevista é o instrumento privilegiado de relação e de trabalho dos psicólogos. Entrevistar requer a coleta de informações sobre o sujeito, com vista a um conhecimento mais aprofundado sobre o mesmo. Trata-se de um encontro formal em que o papel e estatuto dos intervenientes é conhecido pelos próprios, e no qual entrevistador se disponibiliza a colocar em prática os seus conhecimentos e competências teóricas e técnicas atendendo aos objetivos da própria entrevista, devendo o entrevistado apresentar interesse e disponibilidade para prestar informações sobre si ou sobre assuntos que lhe dizem respeito (Leal, 2008).

A entrevista tem como objetivo a compreensão de um indivíduo na sua globalidade e na sua individualidade mais subjetiva, o que pressupõe a mobilização, por parte do clínico, de uma atitude empática característica do procedimento compreensivo (Bénony & Chahraoui, 2002), com o ímpeto de busca de um entendimento profundo do seu quadro de referências internas (Leal, 2008).

Como método privilegiado que é, a entrevista psicológica desdobra-se em múltiplos tipos, classificáveis por diferentes teóricos em função de fatores distintos (Ribeiro & Leal, 1997). Assim, destacam-se autores como Poch e Talarn (1991) que consideram que as entrevistas podem ser classificáveis em torno dos níveis de estruturação (estruturadas, semiestruturadas, abertas), do meio-ambiente emocional (frio, caloroso), em função dos seus objetivos (clínica, investigação, seleção) e da fase de relação (diagnóstica, terapêutica). Anos antes, Hetherington (1977 cit. por Leal, 1999) classificara-as em função dos objetivos pretendidos, referindo-se às entrevistas de

recolha de dados, às entrevistas terapêuticas e às entrevistas diagnósticas ou de avaliação psicológica.

As técnicas de entrevista, comuns aos vários tipos de entrevista, são consideradas como processos utilizados para a obtenção de informação pertinente aos objetivos da mesma e são destacadas como principais: o questionamento; a reflexão; a reformulação; a clarificação; a confrontação; a autorrevelação; o silêncio; a exploração; a reestruturação; a interpretação; o humor; a generalização; a focagem; o ecoar; a provocação; a racionalização; e o esclarecimento (Leal, 2008).

No âmbito da avaliação psicológica, as entrevistas diagnósticas ou de avaliação permitem obter informação sobre a atividade e o funcionamento psíquico do sujeito tendo como objetivo último o diagnóstico, por determinação dos sinais e sintomas, classificando-os e alcançando um diagnóstico categorial do tipo nosológico (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003; Bénony & Chahraoui, 2002; Sipos, 2005). Por vezes, a entrevista de avaliação alcança, também, um carácter terapêutico imediato e permite instaurar a elaboração de um plano e intervenção terapêutica, caso seja necessária ou se coadune com os seus objetivos. Geralmente permite conhecer as grandes linhas da história do sujeito, a sua *psique*, o seu carácter, a sua dinâmica relacional, as suas condutas habituais, a história clínica e evolução dos seus sintomas ou perturbações (Bénony & Chahraoui, 2002) e proceder a uma avaliação das várias dimensões do sujeito: apresentação e expressão; comportamentos ditos instintivos; atitudes; pensamento; imaginação; comportamento social; níveis de consciência; humor; perceção; estado emocional; memória; pensamento; raciocínio e juízo (Bénony & Chahraoui, 2002; Leal, 2008).

Não é, como já foi referido anteriormente, o único método de avaliação, embora a maioria da informação obtida através da entrevista não possa ser conseguida por

nenhuma outra técnica disponível (Bénony & Chahraoui, 2002; Ribeiro & Leal, 1997).

Observação clínica

A observação sempre fez parte da conduta humana, para aquisição de conhecimento acerca de acontecimentos, fenómenos e comportamentos do homem e sociedade em geral, embora a observação como técnica utilizada na metodologia científica só tenha começado a dar os primeiros passos nos finais do século XIX (Brito, 2005).

A observação é definida como uma continuidade, um prolongamento da atenção, no qual o observador concentra a atividade psíquica sobre um determinado objeto, no caso particular da psicologia, o homem, visando um movimento de aproximação à realidade deste, permitindo, assim, a aquisição de um conhecimento sobre o mesmo (Ciccone, 2000).

A observação clínica tendo por base uma abordagem semiológica tem, por objetivo, o estabelecimento de um diagnóstico por meio da observação de sintomas e sinais patológicos. Mas, mais do que isso, como refere Ciccone (2000, p. 71), *"procura dar-se sentido ao sintoma"* ou, melhor dizendo, *"um desdobramento de um sentido potencial e, por isso, uma simbolização do sintoma"* (Ciccone, 2000, p. 73).

Observam-se, igualmente, as mensagens verbais e não-verbais, atendendo a que em toda a interação, a forma e a maneira como se diz e toda a comunicação corporal associada assumem extrema importância no processo comunicacional (Leal, 2008). São os índices prosódicos, os elementos paraverbais, o timbre, a altura da voz, as inflexões e a cadência discursiva presentes implicitamente na linguagem, que esclarecem acerca do sentido da mesma. Assim, o clínico deverá ter uma especial sensibilidade à «maneira de dizer» do paciente (Ciccone, 2000; Leal, 2008). Estima-se que o impacto de uma mensagem verbal não ultrapasse, de facto, uns reduzidos 7%, e os restantes fatores da

linguagem citados acima, uns 38%. Os restantes 55% do impacto total de uma mensagem são obtidos pela linguagem corporal (Mehrabian, 1950 cit. por Leal, 2008). Pode acontecer, de facto, que o discurso verbal transmita uma comunicação que a observação do comportamento contrarie. No caso, por exemplo, de crianças, nas quais a produção linguística é, geralmente, menor do que a do adulto, a observação do comportamento apresenta-se como uma fonte de conhecimento de importância ainda maior (Ciccone, 2000).

Provas psicológicas

Nos finais do século XIX, dá-se início à testagem psicológica, ideia que fecunda dos postulados da psicologia experimental e da psicofísica: é possível medir-se o psiquismo e, assim, tornar a psicologia mais legítima aos olhos dos mais críticos. Foi com a proposta de Fechner, em 1860, com a avaliação das intensidades das sensações, que se inicia todo um processo que viria a ser reconhecido como imperativo no século XX. Tradicionalmente, a sua função era a de medir diferenças entre indivíduos ou entre reações do mesmo indivíduo em diferentes circunstâncias. Dos marcos mais sonantes na prática e aplicação de provas psicológicas, nomeadamente no que diz respeito à inteligência, são destacados a seleção de candidatos para a Primeira Grande Guerra Mundial, a identificação de pessoas com retardo mental, e a necessidade própria do sistema educativo, pelo ímpeto que apresentaram para o crescimento e desenvolvimento dos instrumentos de avaliação (Anastasi & Urbina, 2000; Guillevic & Vautier, 2001; Ribeiro, 2013).

Por definição, entende-se um teste psicológico, essencialmente, como uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento, e que permite, por meio dessa medida, uma avaliação estatística das respostas produzidas pelo sujeito (Anastasi & Urbina, 2000; Guillevic & Vautier, 2001). Cronbach (1998, p. 59) define-o como um

"procedimento sistemático para observar o comportamento e descrevê-lo com o auxílio de escalas numéricas e categorias fixas". Por «sistemático», entenda-se, uma recolha de informação realizada com os mesmos procedimentos a todos os sujeitos, e cuja aplicação é conseguida numa situação idêntica ou similar. Aqui se entende a necessidade de um dos critérios fundamentais dos testes psicológicos: a estandardização.

Numa fase inicial da aplicação de testes, cada psicólogo tinha no seu laboratório o seu próprio procedimento de medida, o que dificultava a comparação de resultados nas investigações. Mas, a partir dos primeiros decénios do século XX começa-se a reconhecer a necessidade de padronização desses procedimentos, o que viria a conceder aos testes psicológicos uma maior projeção e amplitude de aplicação (Cronbach, 1998).

Estandardização implica uma uniformidade de procedimento na aplicação e pontuação do teste, pelo que, só assim, os *scores* obtidos por pessoas diferentes podem ser, estatisticamente, comparáveis (Anastasi & Urbina, 2000). Uma vez fixados os seus objetivos, é preciso fornecer instruções detalhadas, estendendo-se aos materiais que devem ser empregues na sua aplicação, aos tempos limite, às instruções orais (velocidade com que se fala, o tom da voz, as pausas, as inflexões), à expressão facial, ao espaço, que deve ser livre de ruídos e distrações indevidas, à adequação do nível de iluminação e ventilação do mesmo e outros detalhes envoltos nas situações de testagem, bem como as próprias regras de cotação, que pressupõem o estabelecimento de normas, a fim de evitar qualquer avaliação subjetiva das respostas (Anastasi & Urbina, 2000; Guillevic & Vautier, 2001).

Como o próprio nome indica, uma norma é o desempenho normal ou médio, sendo o desempenho em cada teste avaliado com base em dados empíricos. Assim, o *score* de teste de um indivíduo é interpretado à luz da comparação com outros *scores*

obtidos por outros sujeitos nesse mesmo teste. Para além de indicarem o desempenho médio, as normas indicam, também, a frequência relativa de graus variados de desvios abaixo ou acima dessa média, permitindo inferir diferentes graus de inferioridade ou superioridade. Nos inventários de ajustamento emocional, um certo número de respostas desadaptativas poderá representar a norma, assim como nos testes de personalidade, as normas se referem, antes, ao desempenho de pessoas típicas, o que não corresponderá, necessariamente, ao desempenho mais desejável como seria um *score* perfeito ou sem erros como num teste de aptidão (Anastasi & Urbina, 2000).

Os aspetos relativos à objetividade dos testes psicológicos é, em grande parte, corroborada pelo processo de estandardização. Mas essa qualidade é concretizada, também, pela determinação do nível de dificuldade de um item ou de um teste completo, baseando-se essa análise em procedimentos empíricos, o que projeta a questão da objetividade nos testes psicológicos. Assim, a seleção de itens a serem incluídos num teste pode ser orientada pela proporção de pessoas nas amostras experimentais que resolvem corretamente cada um dos itens que compõem o teste. A objetividade é, obviamente, uma das grandes metas na construção de um teste e tem sido obtida, efetivamente, num grau razoavelmente elevado na maioria dos testes (Anastasi & Urbina, 2000).

Uma outra qualidade dos testes psicológicos é a fidedignidade. Esta refere-se à consistência dos *scores* obtidos pelos mesmos indivíduos quando retestadas com o mesmo teste ou como uma forma equivalente do teste. Os usuários dos testes podem, assim, predizer se o teste será confiável para o grupo no qual eles pretendem aplicá-lo, ou se ele será mais ou menos confiável (Anastasi & Urbina, 2000).

Por fim, importa referir a validade do teste, critério este, um dos mais, senão o mais importante de todos os critérios na análise da avaliação objetiva e qualidade dos

mesmos. Esta refere-se à natureza, significado e utilidade das inferências formuladas a partir dos resultados de um determinado instrumento (Simões et al., 1999). Segundo Anastasi e Urbina (2000, p. 22) a validade diz respeito *"ao grau em que o teste realmente mede aquilo que ele se propõe a medir"*. Grouth-Marnat (2003) refere que, se se tiver em conta esta abordagem básica de validade, para se alcançá-la deve-se fazer, primeiro, uma análise cuidadosa do traço, seguindo-se a consideração do modo como ele pode estar ligado a outras variáveis e, por fim, deve-se testar se essas ligações hipotéticas existem. Embora muitos manuais ainda se debrucem sobre esta conceção de validade, esta está, segundo Ribeiro (2013), aquém da verdadeira complexidade que lhe está incutida, sugerindo um certo sentido de simplicidade ao critério. Borsboom, Mellenbergh e Heerden (2004) discutem, ainda, se a validade é, efetivamente, um atributo da técnica de avaliação ou, antes, das inferências que se retiram do seu resultado. Em todo o modo, é através dos testes psicológicos, que o nível atual de habilidades, conhecimentos e outras características relevantes dos sujeitos, podem ser avaliados com uma margem de erro determinável: quanto mais válido e confiável for o teste, menor será a margem de erro associada (Anastasi & Urbina, 2000).

A questão do *rapport* é importante na aplicação de testes psicológicos, referindo-se aos esforços do examinador para despertar o interesse dos testandos pelo teste, e assim, obter a sua colaboração e motivação para responderem de forma adequada aos objetivos do teste. Nos testes de personalidade de autorrelato, é suposto que o *rapport* permita que o sujeito responda franca e honestamente às perguntas sobre os seus comportamentos habituais; nos testes de aptidão, pressupõem-se auxiliar na concentração para com as tarefas apresentadas e no esforço para alcançar um bom desempenho; em testes projetivos, permite o relato das associações evocadas pelos estímulos sem censura desse conteúdo. É claro que as técnicas específicas para o

estabelecimento do *rapport* variam, para além da, então, natureza do teste, mas também da idade e outras características das pessoas testadas. No caso das crianças, os períodos de testagem devem ser breves e as tarefas devem despertar o interesse da criança. Nestas idades os testes são apresentados, normalmente, como um jogo, para que o seu interesse e a sua curiosidade estejam disponíveis e é importante que o examinador seja dotado de uma certa flexibilidade, em virtude de possíveis perdas de interesse, recusas ou outras manifestações negativistas (Anastasi & Urbina, 2000).

A contribuição das novas tecnologias para os testes tem vindo, nas últimas décadas, a tornar-se bastante significativa, nomeadamente na ajuda de tarefas repetitivas e fastidiosas como a correção dos testes e a própria criação de bases de dados sobre as populações importantes para as diferentes investigações. Já a automatização da aplicação das provas em computador levanta o problema da equivalência entre um teste de papel e lápis e respostas produzidas por meio deste instrumento (Anastasi & Urbina, 2000; Guillevic & Vautier, 2001). Walkstein (1995 cit. por Guillevic & Vautier, 2001) defende que a informatização não pode ser considerada uma simples alteração de suporte, mas sim, uma transformação da própria tarefa. Críticos defendem que, em parte pelo desenvolvimento dos sistemas informáticos e dos próprios programas estatísticos, parece existir um abuso no enfoque da pontuação dada pelos testes (Ribeiro, 2013). Outras críticas aos testes dizem respeito ao uso inadequado dos resultados de testes por usuários inadequadamente qualificados. Assim, existem duas principais razões para que o uso dos testes psicológicos deva ser controlado: uma questão que diz respeito com o citado anteriormente, que fomenta a necessidade de garantia de que o teste será aplicado por um examinador qualificado e que os *scores* serão devidamente interpretados, e uma outra questão que se prende com o facto de que se deve evitar uma familiaridade geral com os conteúdos dos testes, pelo que tal os invalida (Anastasi & Urbina, 2000).

Uma parte substancial dos testes psicológicos mais utilizados em Portugal tem origem nos Estados Unidos e, em menor escala, em Espanha, França, Reino Unido e Brasil. É levantada, aqui, a questão acerca do impacto da cultura nos instrumentos adaptados. É de natureza obrigatória dar importância à sua tradução, adaptação e aos estudos psicométricos, pelo que a ausência destes parâmetros viola os padrões estabelecidos e coloca em causa o valor das interpretações efetuadas (Fan, Willson & Kapes, 1996).

Após o processo da avaliação psicológica, atendendo aos dados recolhidos através da entrevista, da observação e da aplicação de provas psicológicas, poderá ser realizada uma intervenção terapêutica, que será fundamentada atendendo ao tipo de problemática e população sobre a qual incide a prática clínica.

Psicoterapia infantil: contextualização histórica

As psicoterapias são métodos de tratamento para perturbações de índole emocional e comportamental, nos quais um profissional, mediante a utilização de meios psicológicos e com formação e treino para tal, estabelece deliberadamente uma relação profissional com o sujeito que procura ajuda, contacto esse levado a cabo com o objetivo de remover ou modificar sintomas existentes, retardar o seu aparecimento, corrigir padrões disfuncionais nas relações interpessoais, bem como incrementar o crescimento e o desenvolvimento da personalidade (Wolberg, 1988).

Como qualquer modalidade específica de tratamento, também a psicoterapia infantil exige treino teórico e técnico específico por parte do profissional que a pratica, sendo reconhecida, hoje, essa sua especificidade. No entanto, o posicionamento de médicos, psiquiatras e psicólogos diante da conceção de criança evoluíram significativamente até que ela fosse entendida tal como é na atualidade (Zavaschi, Iankilevich, Recondo & Rohde, 2008). De uma visão da criança como um adulto em

miniatura, para um posicionamento que confere à criança a necessidade de um «olhar» distanciado do adulto, deu-se o estabelecimento de uma especialidade dedicada à faixa etária infantil (Mause, 1974 cit. por Zavaschi et al., 2008), tendo-se multiplicado, ao longo dos anos, as práticas psiquiátricas e psicoterapias na criança e no adolescente (Wolff, 1999).

Os distúrbios emocionais e mentais das crianças foram, até ao século XX, atendidos através de aconselhamento aos pais ou outros substitutos representativos. Só a partir de Freud, ao qual é reconhecido o primeiro atendimento psicanalítico a crianças, se deu um salto quantitativo e qualitativo nesta prática (Zavaschi et al., 2008). Assim, nos primeiros anos do movimento, foram usados métodos de orientação psicanalítica, bem como uma terapia não diretiva centrada no paciente. Outras abordagens foram surgindo, como a terapia cognitiva que, nos anos 80, começa a ser usada tanto com adultos como com crianças (Petti, 1991). Importa reparar que, independentemente da abordagem principal, seja ela psicanalítica, comportamental, cognitiva, familiar, aplicada em grupo ou de forma individual, deve ser claro que a comunicação com a criança deve ocorrer de forma a que ela perceba, claramente, aquilo que se quer transmitir, recorrendo a uma necessidade de adaptação da linguagem em função do paciente que se tem à frente, e que este possa beneficiar de melhorias significativas no seu estado emocional e de receber um contributo expressivo para o seu desenvolvimento (Shapiro & Esman, 1992).

Existe, hoje, uma necessidade crescente e urgente de uma intervenção na saúde mental das crianças e adolescentes de todo o mundo, necessidade essa que está a ascender a um nível crítico e que precisa ser foco de atenção e atuação por parte dos profissionais de competência. Deve-se, também, proceder ao reforço na sensibilização da sociedade para essa problemática e tomada de conhecimento das intervenções e

terapias disponíveis a esta população (Homeyer & Morrison, 2008).

Ludoterapia

Como foi acima mencionado, Freud iniciou a prática da psicanálise dirigida às crianças. Ressalta-se, também, que a este se deve uma das primeiras perceções de que o jogo da criança tem um sentido inconsciente inequívoco (Freud, 1976 cit. por Zavaschi et al., 2008). Foi seguido por nomes como Anna Freud e Melanie Klein, que desenvolveram teorias e técnicas para a psicanálise direta com crianças, partilhando a opinião de que em interação com o terapeuta, através das palavras e/ou do brincar, é permitido à criança dominar os sentimentos, pensamentos e motivos subjacentes aos seus conflitos, que ao ser interpretados pelo terapeuta, conduzem a uma das chaves do sucesso da intervenção (Homeyer & Morrison, 2008). Outras figuras importantes no desenvolvimento do campo foram Margaret Lowenfeld, com a sua obra explanada no portal oficial The Dr. Margaret Lowenfeld Trust (2015), que entendeu o jogo como o meio através do qual as crianças expõem os seus conflitos emocionais, devendo o processo ser analisado de forma não-freudiana, para compreender e lidar com problemas de comportamento, sendo importante, também, para o próprio processo de amadurecimento e desenvolvimento da criança. Já Axline (1972) desenvolveu uma ludoterapia não-directiva centrada no paciente e Landreth (2002) continuou, mais recentemente, a popularizar essa abordagem. Allan (1997) desenvolveu uma ludoterapia jungiana e Oaklander (1988), por outro lado, concebeu a ludoterapia gestáltica.

A *Association for Play Therapy* (APT, 2015) define ludoterapia como um processo em que profissionais especializados fazem uso de técnicas terapêuticas mediadas pelo jogo e pelo brincar para prevenir ou resolver problemas ou dificuldades, permitindo proporcionar à criança a oportunidade de alcançar o desenvolvimento ótimo.

É especialmente apropriada para crianças dos 3 aos 12 anos de idade (Carmichael,

2006), embora seja reconhecido que adolescentes e adultos também possam beneficiar deste tipo de técnicas, estando a aumentar o volume da sua aplicação no contexto de cuidados de saúde (Schaefer, 2003), muitas vezes com o objetivo de utilizar o jogo para ajudá-los a tornarem-se mais dispostos a falar sobre as suas experiências e sentimentos (Gallo-Lopez & Schaefer, 2005).

Jean Piaget (1962 cit. por Koll & Lawver, 2010) observou que, na primeira década de vida, a grande maioria das crianças não têm capacidade de expressão e compreensão acerca de questões e temas mais complexos, nem tão pouco capacidade para abordar de forma clara os seus pensamentos e sentimentos, pelo que até por volta dos 12 anos de idade, o pensamento abstrato não está ainda desenvolvido. O mesmo autor refere que brincar *"oferece à criança uma linguagem com vida, dinâmica e individual indispensável para a expressão de sentimentos subjetivos, para a qual a linguagem coletiva por si só é inadequada"* (Piaget, 1951, p. 166, cit. por Homeyer & Morrison, 2008). Assim, a utilização de jogos, brinquedos e material de desenho, permite a autoexpressão e o autoconhecimento, bem como a promoção de sentimentos de autorrealização e autoeficácia. O brincar alivia a ansiedade, regula o campo emocional, aumenta o ego, permite uma conexão com o outro de uma forma positiva, e estimula o pensamento e exploração criativa (Landreth, 2002), aspeto este bastante importante para a capacidade de resolução de problemas (Homeyer & Morrison, 2008).

Allan (1997) refere que a diferença entre o brincar no contexto de vida quotidiano e o brincar em contexto ludoterapeutico está na capacidade que o terapeuta tem de pensar analiticamente sobre todos os aspetos que ocorrem durante a sessão, sejam eles verbais ou não-verbais, bem como os aspetos simbólicos que estão inseridos nas brincadeiras e criações artísticas das crianças.

Na terapia o brincar permite aos terapeutas utilizarem o jogo para ajudar as

crianças na expressão do seu mundo interno (Gil, 1991), citando Ginott (1960, p. 243, cit. por Homeyer & Morrison, 2008): *"toys are the child's words and play is the child's language"*.

O brincar permite, também, que as crianças aprendam mais comportamentos adaptativos quando há habilidades emocionais ou sociais em défice (Pedro-Carroll & Reddy, 2005), pode proporcionar, por meio da relação terapêutica, uma experiência emocional corretiva necessária para a eficácia da intervenção (Moustakas, 1997), e promove o desenvolvimento cognitivo, o desenvolvimento de *insight* e facilita a resolução de conflitos internos ou pensamentos disfuncionais da criança (Reddy, Files-Hall, & Schaefer, 2005).

O'Connor (2002) descreve que, em ludoterapia, existem 11 processos de mudança, distribuídos em três domínios: cognitivos, afetivos e processos interpessoais. No primeiro, é possível a modificação de esquemas, a troca simbólica, a promoção do *insight* e o desenvolvimento de competências; no domínio afetivo possibilita a *abreaction* (experiência emocional catártica), uma experiência emocional, uma educação efetiva, e uma regulação emocional; por fim, no domínio dos processos interpessoais, promove o suporte e validação, uma relação corretiva e o *scallfolding* (processo estruturado de aprendizagem).

Uma intervenção eficaz por meio da ludoterapia permite que as crianças desenvolvam novas estratégias e soluções mais criativas para os problemas e/ou sintomas que enfrentam; promove a responsabilidade sobre os seus próprios comportamentos e atitudes; desenvolve a aceitação de si e dos outros e o respeito por pensamentos e sentimentos destes; facilita a experiência e expressão emocional; auxilia na aquisição de novas habilidades sociais e habilidades relacionais com a família; e desenvolve a autoeficácia (APT, 2015).

Quanto aos materiais usados em ludoterapia, são sugeridas três categorias de brinquedos: os da vida real, os agressivos e os de expressão criativa. Os primeiros são compostos por carros de polícia, bombeiros, ambulância e outros carros, bonecas, casas de boneca, caixa registadora, dinheiro de brincar, barcos, aviões , brinquedos de cozinha, animais, entre outros, e servem muitas vezes como «quebra-gelo»; o grupo dos brinquedos agressivos é composto por algemas, cordas, pistolas e facas de brincar, figuras de super-heróis, soldados e armaduras, e necessitam de uma maior imposição de limites do que os anteriores; e, no grupo de expressão criativa estão presentes a tesoura, os lápis e canetas de cor, o papel, argila, massa de modelar, pincéis, cola, cordão, fantoches e legos, por meio dos quais as crianças experimentam um papel criativo, trazendo à tona um leque variado de emoções (Landreth, 2001; Zavasch et al., 2008). Segundo Aberastury (1979 cit. por Koll & Lawver, 2010; Zavasch et al., 2008) pode-se, ainda, acrescentar algum brinquedo com o qual a criança esteja mais familiarizada, ou que possa auxiliar na sua compreensão. Os dois primeiros grupos de brincadeiras são mais comuns em crianças pequenas, enquanto que as brincadeiras de expressão criativa são mais comuns em crianças de maior idade.

Durante o processo terapêutico, uma mudança na utilização dos diferentes grupos pode servir como indicador da evolução do tratamento. A participação ativa do terapeuta na brincadeira obedece à própria vontade da criança e às diferentes necessidades de cada situação (Zavasch et al., 2008).

Quanto à forma da ludoterapia, ela pode ser diretiva ou não-directiva. No primeiro caso, o terapeuta assume a responsabilidade de orientação e interpretação, enquanto que na ludoterapia não-directiva, é a própria criança que tem essa responsabilidade e que orienta a sua atividade lúdica, o que também tem implicações na imposição dos limites na sessão (Axline, 1972). Uma das figuras que mais aclamam esta última abordagem é

Virginia Axline, já referida anteriormente, baseando a sua teoria e prática nos postulados de Rogers, e a qual descreve oito princípios básicos que devem sustentar o trabalho do terapeuta: 1) o estabelecimento de *rapport* alcançado por meio de uma relação amistosa e calorosa; 2) aceitação incondicional da criança; 3) o terapeuta tem uma atitude permissiva na condução da consulta, de modo a que a criança se sinta livre para expressar os seus sentimentos; 4) promoção de *insight* na criança, por meio da identificação e devolução elaborada dos sentimentos expressos por esta; 5) conceder a oportunidade à criança para que esta possa resolver os seus próprios problemas, sendo a responsabilidade de mudar dada à criança; 6) é a própria criança quem indica o caminho, e o terapeuta segue; 7) o processo terapêutico é gradativo, não devendo o terapeuta fazer tentativas no sentido de apressar o tratamento; e 8) estabelecimento de limites apenas no sentido da criança estar ciente das suas responsabilidades no relacionamento (Axline, 1972).

Não só o terapeuta tem um papel ativo na intervenção junto da criança, mas também os pais, pelo que o seu envolvimento no processo terapêutico tem-se mostrado bastante eficaz. Várias e diferentes abordagens apontam para o poder da relação pai-filho como um fator significativo no tratamento da criança, devendo o terapeuta tomar algumas decisões sobre como e quando envolver alguns ou todos os membros da família na ludoterapia (Gil & Drewes, 2004). Podem ser incluídos os pais ou os responsáveis diretamente na terapêutica, modificando a forma como eles interagem e lidam com a criança ou, no mínimo, deve existir uma comunicação regular com os seus cuidadores para monitorizar o progresso do tratamento (Guerney, 2001).

Estudos têm suportado a validade e eficácia da ludoterapia como meio de intervenção com crianças, embora seja importante que mais literatura e investigação acerca desta prática sejam desenvolvidas (Bratton, Ray & Rhine, 2005; Phillips, 2010).

Processo relacional infantil e suas implicações

Falar de desenvolvimento humano e, neste caso em concreto, falar de desenvolvimento infantil, implica uma abordagem aos mecanismos presentes no processo relacional da criança, bem como à forma em como esses processos interferem no seu crescimento e desenvolvimento.

O bebé possui um aparelho mental que, ainda que em desenvolvimento, lhe permite estar em contacto com o ambiente externo. Esse contacto permite-lhe apreender um conjunto de conhecimentos e aprendizagens, ao mesmo tempo que serve de mediador para implicações comportamentais e emocionais, tendo sempre por base uma matriz relacional, especialmente no que concede à relação mãe-filho (Bion, 1991; Sá, 1993; Winnicott, 1990). Spitz (1979) ressalta a importância do afeto nessa relação para aparecimento e desenvolvimento da consciência do bebé, bem como a participação vital que a mãe tem ao criar um «clima emocional favorável» para o desenvolvimento geral da criança. As competências maternas e qualidades mentais desta figura, bem como as potencialidades do meio-ambiente no qual a criança está inserida, apresentam uma importância indiscutível para que esta lide eficazmente com os seus estados internos (Bion, 1991).

Com a diferenciação dos processos de memória e de pensamento, a relação interpessoal baseada na interação vai alcançando diferentes aspetos. Essa interação poderá apresentar, por um lado, momentos de encontro e reparação gerados por afeto positivo, e por outro, momentos de desencontro e de erros na interação gerados por afeto negativo, que poderão influenciar o desenvolvimento da criança de forma dramática (Cohn & Tronick, 1989).

Para que o processo de desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança ocorra de forma equilibrada, é importante que ocorra o *holding*, *handling* e o *object-*

presenting. O primeiro diz respeito à capacidade da mãe se identificar com a criança, conduzindo a um processo de integração desta última, o que permite a aquisição de um sentimento de unidade corporal e psíquica e consciência de si próprio. O *holding* remete para uma disposição empática e afetiva para perceber e atender às necessidades do bebé e que se concretizam através do *handling*. Este refere-se à forma como a criança é tratada e cuidada. Por fim, o *object-presenting*, que diz respeito à identificação das primeiras relações de objeto (Winnicott, 1993). Uma mãe que promova um equilíbrio entre estes três processos é, segundo as palavras de Winnicott (1990), uma «mãe suficientemente boa».

Bion (1991) conceptualiza a relação com a figura materna através do modelo «continente-conteúdo». A capacidade continente da mãe permite-lhe compreender e aceder aos conteúdos emocionais da criança, transformando-os de forma a que possam ser assimilados e integrados por esta última.

A maioria dos pais apresenta aptidão para estabelecer interações satisfatórias com os seus filhos, uma competência designada por Papousek e Papousek (1990) como *intuitive parenting*, atuando como fator protetor e favorecendo o apoio necessário à criança. No entanto, essa não é uma realidade válida para todos os pais, podendo constituir-se, também, como uma fonte geradora de *stress* e conflito e conduzindo a modelos de comportamento da criança na relação com os pais menos sólidos (Kristensen, Leon, D'Incao & Dell'Aglio, 2004), especialmente quando a interação é caracterizada por práticas parentais coercitivas, hostilidade, negatividade, indiferença, punição, disciplina inconsistente, restrição emocional, falta de apoio e baixos níveis de afetividade (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Salvador & Weber, 2005; Salvo, Silvares & Toni, 2005).

Os padrões mais identificados são os padrões seguro, ambivalente/inseguro e

evitante. No primeiro caso, a criança sente confiança na disponibilidade e ajuda da figura materna, o que faz dela uma criança mais dinâmica, competente, com autoestima, com capacidade de iniciativa, curiosidade e entusiasmo. No padrão ambivalente, a criança sente-se insegura quanto à disponibilidade da mãe para satisfazer as suas necessidades, o que conduz a sentimentos de ansiedade face a situações de separação e oscilação entre uma procura de proximidade possessiva da mãe e a resistência à interação com ela. No padrão evitante, ocorre o mesmo sentimento de insegurança citado anteriormente, embora responda de forma diferenciada, evitando a busca da mãe em situações de ansiedade (Canavarro, 1999; Coll et al., 2004). Estes padrões relacionais tendem a perdurar ao longo da vida, conduzindo a estilos relacionais seguros, inseguros/ambivalentes ou evitantes numa fase adulta (Hazan & Shaver, 1987).

O processo de vinculação e o contacto com a mãe e com o pai são base fundamental para o processo de amadurecimento emocional e desenvolvimento de capacidades cognitivas importantes para o processo de internalização e identificação da criança. Esses mecanismos irão permitir-lhe uma consciência de si no mundo, do seu *self* e do seu papel social, abrindo espaço para que se torne numa criança aberta a outras e novas experiências com o meio e consigo mesmo, integrando-as de forma equilibrada (Bion, 1991).

Compreende-se, assim, a importância que as práticas educativas familiares têm no desenvolvimento da conduta e estrutura emocional da criança, devendo prepará-la para ser e estar no mundo de uma forma o mais equilibrada possível (Coll et al., 2004). No entanto, a criança vê-se confrontada com um período em que as vivências das suas experiências poderão estar mediadas por acontecimentos que provocam sentimentos de mal-estar, ansiedade e angústia significativos.

A experiência de eventos stressantes no decorrer do período infantil

Consideram-se eventos stressantes de vida, quaisquer mudanças no ambiente que, pela carga que apresentam para a estrutura emocional dos indivíduos, induzem a um alto grau de tensão e interferem nos padrões normais de resposta destes últimos (Masten & Garmezy, 1985). A experiência desses eventos pode conduzir ao desencadeamento de diferentes respostas nos indivíduos e, neste caso particular, nas crianças, podendo essas respostas ser adaptativas ou, por outro lado, respostas que conduzem a riscos ainda maiores (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

De entre os vários eventos e circunstâncias que apresentam forte impacto sobre o desenvolvimento infantil, destacam-se, aqui, o nascimento de um irmão, a morte de um familiar significativo, problemas na relação com os pares e abandono parental da figura paterna.

No caso do primeiro evento, com a chegada de uma segunda criança no seio da família, poderão ocorrer importantes implicações emocionais e de ajustamento, tanto para o primogénito, quanto para os pais (Kowaleski-Jones & Dunifon, 2004; Volling, 2005). A chegada de um segundo filho implica modificações na estrutura e dinâmica familiar, tanto no que diz respeito ao sistema em si mesmo, como à componente económica e às próprias relações emocionais estabelecidas pelos membros da família, o que poderá resultar em sentimentos de perda e de apego inseguro e sensação de falta de disponibilidade emocional parental para o primogénito (Brazelton & Sparrow, 2003), especialmente em crianças em idade pré-escolar (Kowaleski-Jones & Dunifon, 2004). Assim, o *stress* experienciado poderá variar conforme o equilíbrio e harmonia conjugal do casal, o bem-estar emocional materno e a qualidade da relação pais-primogénito estabelecida pré e pós nascimento do irmão (Teti, Sakin, Kucera, Corns & Eiden, 1996).

Relativamente à experiência de um evento de morte de um familiar próximo e

significativo, o luto apresenta-se como uma experiência natural e vivida de forma idiossincrática. Este está associado a uma quebra do vínculo emocional, que é sentido com desamparo e aflição. Os padrões de relação familiares anteriores e o sistema de vinculação, bem como a reestruturação do sistema familiar em consequência da perda, apresentam-se como fatores significativos para a forma como a criança vai viver e experienciar esse luto (Bowlby, 1990).

A internalização do conceito de morte envolve a capacidade cognitiva em adquirir e conceptualizar as noções de irreversibilidade, não funcionalidade e universalidade. A primeira envolve a consciência de permanência, de impossibilidade de reparação (Mendes, 2009), e que Torres (2002) refere, com base numa perspetiva piagetiana, só é alcançada partir do estadio das operações concretas, por volta dos 7 anos de idade, em que a morte é concebida como um fenómeno irreparável. Já a não funcionalidade remete para a noção de perda das funções vitais, e a universalidade diz respeito à consciência de que todo e qualquer ser vivo terá de morrer num determinado momento, independentemente dos esforços realizados para que tal não ocorra (Mendes, 2009).

Existe um conjunto de fatores que facilitam ou, por outro lado, dificultam na correta elaboração do luto, nomeadamente os padrões de vinculação familiar, alterações no sistema decorridos do processo de perda e a tomada de conhecimento das causas e circunstâncias da morte (Bowlby, 1990). Mendes (2009) refere que não se deve esconder nem limitar a informação sobre a morte à criança, não devendo explicá-la com recurso a metáforas e eufemismos como «foi para o céu», «foi fazer uma viagem» ou «foi descansar». Este tipo de explicações pode gerar desequilíbrios emocionais como angústia de separação, ansiedade no momento de ir dormir, conflitos na atribuição de significados e internalização de um conceito de morte desestruturado (Kubler-Ross, 1991).

Kubler-Ross (1991) refere ainda que, em caso de doença terminal, a criança deve ter um contacto frequente com essa figura, como modo de preparação para lidar mais eficazmente com o processo de perda futuro, atravessando o luto de forma equilibrada.

A perda requer uma readaptação da criança, processo que influencia no processo de desenvolvimento, mais particularmente na capacidade de socialização, no autoconceito, na forma de experienciar emoções e afetos e no estabelecimento e manutenção de vínculos futuros (Louzette & Gatti, 2007).

Quanto às relações entre pares, acredita-se que desempenhem um papel de destaque para o processo de desenvolvimento infantil (Asher & Coie, 1990; Hartup, 1996). Se por um lado, relações equilibradas oferecem a oportunidade de contacto com o mundo social e com a familiarização de normas sociais importantes para o processo de construção do *self*, outras relações afiguram-se prejudiciais para o bem-estar emocional da criança (Hartup, 1996). Manifestações comportamentais negativas dirigidas à criança, tais como controlo e domínio por meio de provocação, assédio ou vitimização pelos pares, em que a criança é exposta a várias ocasiões de tratamento negativo por parte de uma ou mais crianças, conduzem a momentos intensos de tensão e angústia e com implicações para a sua maturação socioemocional (Boivin & Hymel, 1997; Olweus, 1993).

Por fim, também um sistema familiar pautado por uma experiência abandónica, e no caso concreto desta ter sido praticada por parte figura paterna, poderá resultar em importantes implicações para o desenvolvimento da criança. Figuras paternas que praticam atos de negligência, omissão e ausência tendem a incutir nos seus filhos sentimentos de menos-valia, insegurança e baixa autoestima (Costa, Legnani & Zuim, 2009; Pereira & Silva, 2006).

Para além disso, o impacto negativo advindo de experiências negativas com a

figura paterna poderão ter repercussões significativas no equilíbrio do processo de desenvolvimento (Gomes & Resende, 2004), no desempenho académico (Cia, D´Affonseca & Barham, 2004), na competência social (Custódio & Cruz, 2008) e visão sobre o conceito de família desestruturada (Antoni & Koller, 2000).

Em caso de ausência da figura paterna, em particular em filhos do género masculino, existe a perca do seu modelo identificatório, o que o leva a idealizá-lo, apresentando, geralmente, um pai com uma imagem valorizada (Malapique, 2010). Ferrari (1999) refere ainda, que a partir do vazio deixado pela ausência do pai, a criança forma a ideia de que não é amada pelo progenitor que está ausente, acompanhada pela sensação de desvalorização de si mesma, sentimentos de culpa por se considerar má e por acreditar ter provocado a separação e até pelo seu próprio nascimento.

Estas e outras condicionantes do processo de desenvolvimento e amadurecimento poderão, além de outras variáveis, influenciar clínica e patologicamente o estado da criança.

Apresentam-se, de seguida, duas patologias implicadas nos estudos de caso que serão, afrente, apresentados.

Enurese

A palavra enurese deriva do grego e significa, etimologicamente, urinar ou fazer águas (Martorell & Gómez, 2000). A definição de enurese levanta algumas dificuldades, especialmente pelo facto dos seus sintomas surgirem num *continuum* desenvolvimental e pela discrepância existente entre os vários autores acerca do ponto a partir do qual esses sintomas deixam de ser considerados como uma condição normativa. Ainda assim, a sua definição parece ser mais clara do que na maioria das psicopatologias da infância e adolescência, pois dependem de manifestações físicas dificilmente ignoradas (Dumas, 2011; Tavares, 2014).

A enurese é definida, então, pela passagem repetida de urina pela roupa num local inapropriado, numa idade em que se espera que a criança seja continente e saiba onde urinar, assim como fazem os seus pares (Dumas, 2011). Produz-se, essencialmente, por uma falta de controlo sobre o funcionamento de dois tipos de forças musculares: uma implicada na contenção (fibras musculares lisas) e outra na expulsão da urina (fibras musculares estriadas) (Martorell & Gómez, 2000).

Independentemente das culturas e sociedades, a aprendizagem e aquisição do controlo das necessidades biológicas de eliminação parece estar a par de outras necessidades básicas como andar ou falar, que surgem de forma quase autónoma. A aprendizagem do asseio não implica, na maioria dos casos, problemas maiores, embora seja sempre vista como um grande desafio (Dumas, 2011). O treino do controlo esfincteriano é, efetivamente, o objetivo mais básico e universal de socialização (Hernández, 1995). Por isso, quando a aprendizagem do asseio não se faz por completo ou num tempo considerado razoável, os problemas de controlo esfincteriano tornam-se uma fonte de preocupações, tanto para as crianças como para os próprios pais (Foxman, Valdez & Brook, 1986).

O recém-nascido, que tendo um poderoso reflexo de evacuação, não apresenta capacidade para controlar o esfíncter. Só com o crescimento da criança (num contexto de desenvolvimento normal) e com o amadurecimento do sistema nervoso central, se dá o aumento da capacidade de inibição desse reflexo. As funções no processo de eliminação dependem, então, da idade: de 1 a 2 anos, a criança reconhece que tem bexiga cheia; aos 3 anos pode reter e adiar a urina por uns momentos; os 4 anos e meio é capaz de começar a inibir o fluxo de urina; e, por fim, aos 5 anos e meio é capaz de evacuar e inibir voluntariamente. Deste ponto de vista, a aprendizagem realiza-se segundo a aquisição de uma série de passos para o controlo de eliminação, caminhando-

se no sentido de um controlo diurno, para um controlo atingido, também, durante o período noturno (Martorell & Gómez, 2000).

Como foi referido acima, os sintomas da perturbação inscrevem-se num contexto desenvolvimental, sendo o patológico e o normativo distinguidos não pelo facto dos sintomas serem anormais, mas por persistirem além de uma certa idade (MacLean & Brayden, 1992). Apesar de na maioria das culturas se esperar que uma criança aprenda a controlar os esfíncteres entre os 3 e os 5 anos de idade, esses números podem esconder diferenças substanciais dentro de uma sociedade ou mesmo de família para família (Liebert & Fischel, 1990).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) o quadro de enurese tem como diagnóstico os seguintes critérios: a) *emissão repetida de urina na cama ou nas roupas, involuntária ou intencional;* b) *o comportamento é clinicamente significativo, manifestando-se com uma frequência de 2 episódios semanais durante pelo menos 3 meses consecutivos e pela presença de um mal-estar clinicamente significativo ou de um défice social, académico (ocupacional) ou noutras áreas importantes do funcionamento;* c) *a idade cronológica é de pelo menos 5 anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente); e* d) *o comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.* Deve-se especificar, também, qual é o tipo de enurese em função da altura do dia em que ocorrem as perdas: «só diurna», «só noturna» e «noturna e diurna».

A enurese diurna pode ser subdividida em dois grupos: um grupo com «incontinência por urgência», que se caracteriza por sintomas súbitos de urgência para urinar, e um grupo com «emissão por adiamento», que faz um adiamento voluntário da micção até chegar à incontinência, podendo este adiamento estar relacionado com ansiedade social, relutância em ir à casa de banho ou por preocupações com a atividade escolar ou lúdica. É mais habitual em raparigas do que em rapazes e é pouco habitual

depois dos 9 anos de idade e o episódio enurético ocorre, na maior parte dos casos, nas primeiras horas da tarde no período escolar (Martorell & Gómez, 2000; Tavares, 2014). É mais provável que a enurese seja noturna e diurna do que exclusivamente diurna (Walker, Milling & Bonner, 1988 cit. por Dumas, 2011) e que esteja mais associada a comorbilidades (por exemplo, agressividade, desatenção, hiperatividade) do que os outros dos subtipos da perturbação (Rutter et al., 1993 cit. por Dumas, 2011). A enurese noturna é a mais frequente destes três subtipos de enurese, atingindo 80% dos que sofrem da perturbação, sendo mais frequente nos rapazes (Bower et al., 1996). O episódio enurético ocorre, geralmente, no primeiro terço do sono. Ocasionalmente, a emissão de urina pode ter lugar durante o período de movimentos oculares rápidos (REM) do sonho, podendo a criança recordar-se de um sonho que implicava o ato de urinar (Martorell & Gómez, 2000).

Ainda que não seja mais mencionada nos critérios de diagnósticos do DSM-5, há uma distinção tradicional entre enurese «primária» e «secundária». A primeira refere-se aos casos em que as crianças nunca foram continentes por um período mínimo (em geral, pelo menos 6 meses) e, por isso, o controlo esfincteriano urinário nunca foi, efetivamente, adquirido, referindo-se a 80% dos casos; a enurese secundária corresponde à perda de continência em crianças cujo controlo esfincteriano já tinha sido adquirido por um período de tempo prévio (em geral, pelo menos 6 meses), correspondendo aos 20% dos casos restantes (Liebert & Fischel, 1990; Tavares, 2014). É mais comum nos rapazes e surge mais vezes associada a eventos geradores de *stress* para a criança (separação parental, nascimento de um irmão) e a comorbilidades psiquiátricas, como PHDA, problemas de comportamento e ansiedade (Jarvelin et al., 1990 cit. por Tavares, 2014).

Mais recentemente, também se distinguem diferenças entre a enurese noturna do

tipo «monossintomático» e «não monossintomático». No primeiro, tanto a bexiga funciona como a criança urina normalmente, embora o lugar e o momento sejam inapropriados devido à poliúria (urina muito abundante), o que é provocado pela produção insuficiente de uma hormona antidiurética (ADH) durante o sono. Essa hormona, a arginina vasopressina (AVP), controla a reabsorção da água e desempenha um papel essencial na frequência da micção. Aqui, a enurese é um sintoma único, pressupondo-se normalidade no sistema urinário e ausência de outras condições orgânicas. No segundo subtipo, a enurese é causada por uma bexiga hiperativa, facilitadora de contrações involuntárias da mesma durante o período noturno, havendo associação de outros sintomas, tais como incontinência diurna, frequência urinária muito elevada ou baixa, urgência, intermitência, manobras para evitar perdas, sensação de esvaziamento incompleto, ou desordens neurológicas (Meneses, 2001). Segundo Dumas (2011), esta classificação precisa, ainda, ser devidamente estabelecida.

Mesmo havendo diferença na capacidade de despertar entre as crianças enuréticas, o seu sono tem sido qualificado como mais relaxado do que é o de crianças que não são enuréticas; ademais, as enuréticas raramente apresentam distúrbios do sono como terrores noturnos, insónias, agitação ou sonambulismo (Nevéus et al., 1998).

Segundo Gontard e Nevéus (2006) e Gontard (2012) cerca de 10% das crianças com sete anos têm perdas urinárias noturnas durante a noite e 2 a 3% durante o dia. No final da adolescência apenas 1 a 2% mantêm perdas urinárias noturnas e 1% perdas diurnas, sendo a taxa de remissão espontânea oscilante entre os 5 e os 10% ao ano. Já o DSM-5 (APA, 2013) refere que, antes dos 5 anos de idade a taxa de prevalência é de 5 a 10%, decrescendo para 3 a 5% aos 10 anos e, a partir dos 15 anos, apenas de 1%.

Em quase 90% dos casos, a enurese é funcional, isto é, não têm uma etiologia orgânica conhecida. Contudo, antes de se realizar o diagnóstico de uma perturbação

psicológica, é necessário ter a certeza de que o défice de controlo esfincteriano não pode ser explicado por um problema fisiológico (como a diabetes, doenças neurológicas e renais, infeções urinárias), devendo-se proceder a um exame médico detalhado (Dumas, 2011; Walsh, Menvielle & Khushlani, 2006).

As causas de enurese têm sido alvo de diversos estudos, sugerindo uma heterogeneidade etiológica que inclui fatores biológicos (genéticos, alimentação e neurobiológicos e neuropsicológicos) e fatores psicológicos e familiares. Quanto aos fatores genéticos, Gontard (2012) refere que 70 a 80% das crianças com enurese noturna apresentam história familiar positiva. Se um dos seus pais for afetado com a patologia, o risco da criança apresentá-la é de 40% e, no caso de ambos os pais terem sido enuréticos, de 70%. A enurese diurna parece ter, também, um fundo genético de transmissão, sendo mais frequente em crianças com história familiar positiva (Gontard et al., 2011). Estudos revelam, também, que se encontra maior concordância em gémeos monozigóticos do que em gémeos heterozigóticos e foi proposto, alguns *loci* nos cromossomas 12, 13 e 22 na enurese noturna, e alguns *loci* no cromossoma 17 na enurese diurna, no entanto, os genes responsáveis ainda não foram identificados (Gontard, 2012). Relativamente à anatomofisiologia da bexiga e trato urinário, Koff (1996) refere que pode existir a incapacidade de inibir o esvaziamento da bexiga durante o período noturno quando esta está cheia por causa de uma falha na inibição do centro responsável pela micção no tronco cerebral, enquanto Ritting, Knudsen, Norgaard, Pedersen e Djurhuus (1989) defendem a importância das variações circadianas na secreção de ADH, provocando um volume de urina durante o sono que excede a capacidade vesical. Existe, também, a associação de infeções do trato urinário e enurese, principalmente nas raparigas, e geralmente na enurese do tipo diurno (Goodman & Scott, 2012). No que se refere ao sono, Jenkins, Lambert, Nielsen,

McPherson e Wells (1996) constataram que, para despertar, os rapazes com enurese primária precisavam, em média, de um barulho de uma intensidade duas vezes superior ao necessário para o despertar de crianças não enuréticas. A alimentação tem, também, um papel importante nas perturbações do controlo esfincteriano, embora seja associada, com mais frequência, à encoprese (Liebert & Fischel, 1990). Na enurese salienta-se, sobretudo, a questão da ingestão de líquidos antes da criança ir para a cama (Butler, 2004).

Quanto aos fatores psicossociais, estes parecem ter um papel menor no impacto à enurese primária, ao contrário do que acontece na enurese secundária. Está, também, mais associada à enurese noturna, do que à diurna. Eventos como o divórcio dos pais, separação de figuras de vinculação por períodos superiores a um mês, mudanças de casa, nascimento de um irmão, hospitalização ou morte de parentes próximos parecem estar associados ao aparecimento e manutenção da enurese (Goodman & Scott, 2012; Jarvelin et al., 1991 cit. por Dumas, 2011).

Duas das formulações etiológicas que julgam dar resposta à origem da enurese são de formulação psicanalítica e outras de formulação comportamental. A primeira sugere que a enurese é resultado de um conflito subjacente, expressão manifesta de angústias de natureza sexual entre a criança e os seus pais, geralmente entre a criança e a mãe (Freud, 1918 cit. por Dumas, 2011). Esta tem sido uma das abordagens que mais críticas tem recebido, sobretudo pela carência de bases experimentais e científicas (Martorell & Gómez, 2000). A perspetiva comportamental considera a enurese como resultado da limitação de hábitos aprendidos e das contingências de um reforço inapropriado, defendendo que os pais não proporcionam os meios essenciais para que a criança faça uma aprendizagem eficaz, nomeadamente pela falta de rotina ou de estimulação e críticas ou práticas disciplinares punitivas constantes. Baseiam a sua teoria, também,

por uma conceção psicofisiológica, defendendo as questões de desenvolvimento da criança e da sua possível vulnerabilidade genética à patologia (Dumas, 2011; Martorell & Gómez, 2000).

As consequências da enurese para a criança são de ordem variada, podendo ser acompanhados por problemas de adaptação, nomeadamente exercendo um défice nas atividades sociais dessas crianças, como no dormir fora de casa, e por produzir uma baixa autoestima (Dumas, 2011; Martorell & Gómez, 2000). No entanto, défices na autoestima são mais relatados no caso de a enurese ser do tipo secundário diurno ou diurno e noturno, especialmente com o avançar da idade, pelo que quando a enurese é do tipo primário noturno, dados apontam para que a autoestima seja semelhante à dos seus pares (Wille & Anveden, 2005).

As perturbações do controle esfincteriano, sobretudo a enurese, têm sido objeto de estudo ao longo dos anos e ocupam um lugar central na literatura médica (Mikkelsen, 2001). Desde a antiguidade, são relatados tratamentos muito diversos, a maior parte sem qualquer tipo de fundamento científico e alguns deles, até, na linha dos maus-tratos (Dumas, 2011).

Os tratamentos empregues atualmente visam uma intervenção psicoeducativa e comportamental, alarme noturno, terapia medicamentosa, e outros. A primeira deve assegurar o aconselhamento e suporte a toda a família, que sofre com o enurético, fornecendo-lhe informações detalhadas sobre a problemática, informando acerca do tipo e causas da enurese e procurando aliviar, tanto quanto possível, sentimentos de culpa que poderão estar presentes no quadro familiar. As medidas punitivas e críticas devem ser anuladas e, no caso de enurese noturna, deve ser encorajada a ingestão de fluidos durante o dia, com idas regulares à casa de banho (no máximo a cada três horas) e esvaziamento vesical antes da criança se ir deitar.

A restrição de fluidos parece não ser opção concordante do tratamento, desaconselhada por alguns (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015) e defendida por outros (Harris & Purohit, 1977 cit. por Sociedade Brasileira de Urologia [SBU], 2006). O acordar da criança durante a noite deve ser realizado apenas como intervenção a curto prazo (NICE, 2015) e o seu objetivo prende-se com a estimulação do ato de acordar com o estímulo da bexiga cheia. A criança deve ser acordada três horas após se ter deitado e dirigir-se à casa de banho, uma vez que o período para a maioria das perdas é no primeiro terço do sono. A cada noite completamente seca, o horário de acordar é antecipado por meia hora, até o acordar ser meia hora após a criança se deitar (Harris & Purohit, 1977 cit. por SBU, 2006). Podem utilizar-se, também, quadros de registo de «noites secas» e «noites molhadas», utilizando como símbolos, por exemplo, o sol e as nuvens. O preenchimento desse quadro pode ser associado a um sistema de recompensas para comportamento adequados, não só pelas noites secas, mas também, pela ingestão de líquidos durante o dia (no caso da enurese noturna), micções diurnas regulares e antes da criança se deitar, entre outros (Tavares, 2014).

Outro exercício de tratamento apontado é o «treino do controle de retenção», cujo objetivo é auxiliar o músculo detrusor na adaptação a volumes e pressões mais elevadas, e tornar a criança cada vez mais consciente das sensações da bexiga cheia. Aqui, a criança é incrementada a ingerir três copos de água, e ser solicitada a adiar a micção por períodos cada vez mais prolongados. Cada aumento de tempo deve ser recompensado, e o processo interrompido quando a criança conseguir adiar a micção por 45 minutos (Hjalmas, et al., 2004 cit. por SBU, 2006). Este método é questionado por alguns teóricos, nomeadamente por existir alguma evidência de que este tipo de treino durante o dia pode promover uma mudança instável para a função da bexiga durante a noite

(Goodman & Scott, 2012).

Na enurese diurna, é essencial sensibilizar educadores e professores no sentido de facilitarem a ida à casa de banho durante o horário escolar, devendo a criança ser instruída a recorrer de imediato à casa de banho quando sente necessidade de urinar, evitando manobras de retenção (Dumas, 2011). Deve-se, também, proceder a um treino motivacional, no qual a criança é incentivada a assumir responsabilidade não apenas pelo problema em si, mas também pelo seu tratamento. A criança deve trocar a sua roupa ou pijama e auxiliar na troca dos lençóis da cama (transformá-lo num hábito e não num castigo), bem como adaptar-se às condutas mencionadas acima (Harris & Purohit, 1977 cit. por SBU, 2006).

Quanto ao alarme noturno é aquele que apresenta, isoladamente, melhores resultados, quer a curto, quer a longo prazo, sendo que 62% das crianças atingem a continência no final do tratamento. Referem-se a dispositivos afixados à roupa interior da criança, os quais emitem um alarme sonoro quando ocorre a micção. Baseiam-se no princípio de alertar e sensibilizar a criança a responder prontamente à sensação de bexiga cheia durante o sono, transformando o reflexo miccional em reflexo de inibição da micção, bem como na estimulação do acordar para urinar na casa de banho. O alarme funciona por condicionamento operante e, para otimização de resultados, deve ser associado a outras medidas comportamentais baseadas no reforço positivo. O procedimento leva em média 12 a 16 semanas e o índice de recaída ocorre em cerca de 30% dos casos, sendo recomendado o reinício da intervenção, podendo nos casos resistentes ser associado a farmacoterapia. Aqui poderão ser utilizados a desmopressina, a imipramina e os anticolinérgicos (Dumas, 2011; Gontard, 2012; SBU, 2006).

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção

A perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) tem sido descrita

na literatura já desde longa data, tanto em medicina quanto em psicologia. As primeiras descrições aparecem em autores como Hoffmann, James, Bournville, Wallon, e terá sido com o médico inglês Still, em 1902 que foi feita uma descrição sistemática das suas características (Dumas, 2011; Miranda, Presentacíon & Roselló, 2000).

A PHDA recebeu, ao longo dos anos, denominações muito diversas: nos anos 60 considerou-se a patologia com um enfoque médico, denominando-a primeiro por «lesão cerebral mínima» e, mais tarde por «disfunção cerebral mínima», ao mesmo tempo que se considerava a perturbação segundo um enfoque educacional, por «dificuldades de aprendizagem por excessiva atividade». Em 1968, com o DSM-II, passou a denominar-se por «reação hipercinética na infância e adolescência»; nos anos 70, com o enfoque cognitivo, considerou-se por «défice de atenção e impulsividade»; e, com o DSM-III passa a ser denominada por «deficit de atenção com ou sem hiperatividade», entre outras terminologias utilizadas por diferentes manuais de diagnóstico (Miranda et al., 2000). Essas diferentes nomenclaturas refletem as tensões que resultaram do estudo científico e da própria conceptualização dos processos que envolvem os fenómenos que estão envolvidos no cerne da patologia: a atenção, a hiperatividade e a impulsividade. As dificuldades que advieram desta questão parecem estar minoradas a partir da utilização do DSM-IV (APA, 1994), que contribuiu para a harmonização da prática clínica (Dumas, 2011).

A atenção diz respeito a uma das áreas que aparecem em défice na patologia, sendo que nas crianças que sofrem desta perturbação o desenvolvimento da capacidade para eliminar estímulos distratores e manter a atenção contínua e prolongada em várias atividades da vida quotidiana está condicionada (Miranda et al., 2000).

Os défices poderão ocorrer nos mais variados contextos, como em ambiente escolar, social ou laboral (no caso de adultos). Na escola, estas crianças tendem a ser

menos capazes de manter o compromisso com a tarefa, sentem dificuldades em prestar atenção aos detalhes, os seus trabalhos tendem a ser mais sujos e desorganizados, tendem a ser menos capazes de realizar as tarefas sem a presença constante de um adulto e parece que não ouvem o que se lhes diz. Ainda que compreendam as regras e instruções de uma determinada tarefa, acontecem, frequentemente, adversões e repetições contínuas sobre essas regras e instruções. Há, também, dificuldades explícitas na organização da maioria das atividades, mesmo nas que são praticadas frequentemente e que estão inteiramente ao seu alcance (Dumas, 2011; Miranda et al., 2000).

No âmbito escolar, o domínio da atenção que parece estar mais afetado é a atenção sustentada, que se manifesta pela incapacidade de permanecer o foco na mesma atividade por tempo suficiente para conseguir completá-la. No entanto, todos os domínios estão, efetivamente, limitados: a vigilância, pela falta de disposição e disponibilidade atencional para responder a informação importante; a atenção dividida, pela incapacidade para realizar corretamente duas atividades em simultâneo; atenção focalizada, pela incapacidade de perceber o que acontece ao seu redor, bem como ocupar-se de tarefas distintas das que lhe foram recomendadas; e a atenção seletiva, pela incapacidade para selecionar estímulos relevantes (Miranda et al., 2000).

É importante referir que a capacidade de atenção das crianças portadores desta patologia pode, em determinadas circunstâncias, estar devidamente operacional. Isto poderá ocorrer quando as tarefas são novas, quando são medianamente stressantes e quando dizem respeito a atividades que suscitam o seu interesse, como brincar ou ver televisão. A sintomatologia é menor, também, quando a criança conta com a atenção e apoio de um adulto inteiramente disponível para ela ou quando pode brincar livremente. As contradições que resultam dessa comparação em relação à atenção prestada em tarefas de cariz escolar ou doméstico podem ser explicadas pelo papel que, neste caso,

desempenha o contexto situacional na regulação do comportamento (Antrop, Roeyers, Oost & Buysse, 2000; Dumas, 2011; Falardeau, 1999; Miranda et al., 2000). Por esta razão, vários autores consideram que estas crianças podem apresentar uma atenção flutuante, sendo que em determinados momentos estão atentas e, noutros não (Fischer, Barkley, Smallish, & Fletcher, 2005; Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005).

Estudos longitudinais mostram que, entre os problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade, são as problemáticas atencionais que permanecem num período de maior duração (Hart, et al., 1995).

É importante destacar, ainda, que na avaliação clínica, sintomas do domínio atencional não são exclusivos da PHDA, podendo fazer parte do quadro clínico de outras patologias, evidenciando sintomas persistentes de desatenção por diversas razões, por meio, por exemplo, de ansiedade, depressão, dificuldades de aprendizagem, desmotivação, entre outros. Pode, ainda, manifestar-se em crianças sem qualquer patologia, tendo a questão da intensidade, frequência e persistência dos sintomas um papel importante para o desdobramento da avaliação (Duma, 2011).

Outras áreas que estão na base da PHDA são a hiperatividade e a impulsividade. Relativamente à primeira, a criança apresenta um movimento corporal inquieto, excessivo e, quase sempre, permanente. Esse movimento caracteriza-se por não ter uma meta ou objetivo concreto ou aparente, dirigindo a sua energia para atividades que não foram solicitadas por outrem. Nas salas de aula, a comparação com os seus pares mostra que as crianças com PHDA apresentam sérias dificuldades em manterem-se sentadas, e de permanecerem quietas e tranquilas, circunstância que assim o exige. Durante o sono, estas crianças também demonstram níveis mais elevados de movimentação em relação os demais (Duma, 2011; Miranda et al., 2000).

O crescimento das crianças com PHDA é acompanhado por uma diminuição da

atividade motora, sendo que as diferenças entre crianças portadoras da patologia e as outras crianças estão minimizadas, especialmente, a partir dos doze anos de idade (Miranda et al., 2000).

A impulsividade é outra das características que pode ser diferenciadora nestas crianças, manifestando-se por uma rapidez excessiva no processamento de informação e prestação de uma resposta sem que estejam reunidas todas as informações suficientes para fazê-lo, respondendo muitas vezes antes mesmo de a pergunta ter sido devidamente completa. Têm, também, o ímpeto para atuar sem terem refletido devidamente sobre as várias hipóteses de escolha, no caso destas estarem disponíveis. Demonstram ser mais impacientes, têm dificuldade em respeitar os tempos de espera nos mais variados contextos, interrompem frequentemente as conversas das outras pessoas sem motivos de urgência e não pensam sobre as consequências e perigos do seu comportamento, o que os leva a sofrerem um maior número de acidentes (Duma, 2011; Miranda et al., 2000).

As manifestações dos comportamentos dos indivíduos com PHDA vão-se diversificando e moldando em função dos diversos estadios evolutivos pelo qual estes atravessam (Miranda et al., 2000).

Na primeira infância são descritos como bebés com um temperamento difícil, que têm dificuldade na adaptação a novas situações e alterações de rotina, e que pode estar incrementada por pautas educativas impositivas ou demasiado permissivas. Numa fase pré-escolar, a conduta caracteriza-se por excesso de hiperatividade, impulsividade e deficit atencional; os jogos que preferem são, normalmente, para idades mais precoces, onde se explora essencialmente o domínio sensório-motor, com predomínio de movimentos repetitivos e monótonos, e menos os de carácter simbólico e construtivo; a interação social é pautada por menor conversação e menor envolvimento na cooperação das atividades de grupo; frequentemente, são desenvolvidos tiques nervosos, mostram-

se mais ansiosos, com problemas somáticos, como cólicas, dores de cabeça e de estômago; e, têm, normalmente, problemas de fala e linguagem (Miranda et al., 2000).

Na fase escolar é evidente o impacto no funcionamento académico destas crianças, que se caracteriza por deficiências em hábitos de estudo, problemas de rendimento escolar, menor esforço para alcançar os seus objetivos, utilização de estratégias com um menor nível de elaboração e maior taxa de retenções (Miranda et al., 2000).

Mesmo quando a capacidade intelectual é elevada, à medida que as tarefas exigem maior nível de concentração, esforço sustentado e planificação, é mais provável que o fracasso aconteça (O'Neil & Douglas, 1991). A baixa competência social caracterizada pela inabilidade para fazer e manter amigos do seu grupo de pares pode levar a que brinquem mais frequentemente com crianças de menor idade. Apesar destas problemáticas associadas, quando lhes é solicitado que avaliem a sua competência social ou escolar, como na antecipação das suas capacidades para resolver um problema, elas são mais otimistas do que as crianças sem a patologia, tal poderá ser explicado por uma observação irrealista como forma de se auto-protegerem (Milich & Okazaki, 1991).

Na adolescência, o rendimento académico permanece baixo, com maior número de retenções, suspensões e abandono de estudos. O funcionamento adaptativo, social e emocional é, também, mais empobrecido (Miranda et al., 2000). Nesta fase, sendo importantíssimo o papel dos elogios e do bom funcionamento social, académico, artístico ou desportivo, os adolescentes com PHDA tendem a ter problemas de confiança, problemas de autoimagem, sintomas depressivos e problemas de má adaptação (Wilson & Marcotte, 1996).

Em adultos, estudos indicam que têm maior dificuldade em gerir o seu dinheiro; organizam as suas tarefas domésticas de forma deficiente; são pais com muito maior

frequência e apresentam menor habilidade para gerir as atividades dos seus filhos; têm menos amigos; e demonstram ter uma capacidade reduzida para desenvolver projetos de forma independente e perdem o emprego com maior frequência. Os problemas de adaptação são extensão dos já apresentados durante a adolescência (Barkley, Fischer, Smalish & Fletcher, 2006; Miranda et al., 2000; Wilson & Marcotte, 1996).

As variações da expressão da sintomatologia podem, então, ser variadas, dependendo da faixa etária, como foi descrito acima, mas também da coexistência com outras perturbações, e das próprias circunstâncias contextuais, conduzindo a variações no seu desempenho pessoal (Barrias, 2015).

Quanto aos critérios exigidos para diagnóstico, o DSM-5 (APA, 2013) contempla que alguns sintomas que causam défice surgem antes dos 12 anos de idade, que alguns défices estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo em casa, escola, trabalho, amigos/familiares) e que devem existir provas claras de um défice significativo no funcionamento social, académico ou laboral. Os sintomas não poderão ocorrer exclusivamente durante uma perturbação global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental. O quadro sintomatológico encontra-se dividido em dois grupos: os sintomas de falta de atenção e os sintomas de hiperatividade-impulsividade. Em ambos os casos, seis (ou mais) dos sintomas descritos devem persistir, pelo menos, durante 6 meses, com uma intensidade que é considerada desadaptativa e inconsistente, em relação ao nível de desenvolvimento. Quanto aos critérios no que diz respeito à desatenção, o DSM-5 (APA, 2013) descreve que, o sujeito frequentemente: a) *falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades*; b) *tem dificuldade em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades;* c) *parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;* d) *não*

segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções); e) *tem dificuldades em organizar tarefas e atividades*; f) *evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido* (por exemplo em trabalhos escolares); g) *perde objetos necessários para tarefas ou atividades* (como brinquedos ou material escolar); h) *é facilmente distraído por estímulos alheios*; e i) *esquece-se com frequência das atividades quotidianas*. Quanto aos critérios no que diz respeito à hiperatividade-impulsividade, o DSM-5 (APA, 2013) descreve que, o sujeito frequentemente: a) *agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado*; b) *levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado*; c) *corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo* (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de inquietude); d) *é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer*; e) *está frequentemente em movimento, agindo como se estivesse «ligado a um motor»*; f) *fala em excesso*; g) *precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado*; h) *tem dificuldade em esperar pela sua vez*; i) *interrompe ou interfere nas atividades dos outros* (como em conversas ou jogos).

O DSM-5 (APA, 2013) define três subtipos de PHDA: o tipo predominantemente desatento, no qual a criança apresenta seis ou mais sintomas deste grupo, e menos de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade; o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, no qual a criança apresenta seis ou mais sintomas deste grupo e menos de seis sintomas de desatenção; e, por fim, o tipo combinado, em que a criança apresenta, ao mesmo tempo, seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade. Em adolescentes que continuem a apresentar sintomatologia, mas que já não preencham critérios suficientes para o diagnóstico, deve

especificar-se «em remissão parcial». Para além disso, deve especificar-se a gravidade atual da perturbação: ligeira, moderada ou grave.

Além desses critérios diagnósticos, a PHDA é acompanhada, normalmente, por limitações nas funções executivas, nomeadamente por um défice no controlo emocional, sobretudo quando se tratam de emoções negativas (Maedgen & Carlson, 2000), uma memória de trabalho limitada e um défice no planeamento estratégico que permite organizar uma tarefa ou resolver um problema (Papadopoulos, Panayiotou, Spanoudis & Natsopoulos, 2005), e têm dificuldades em resistir à tentação e de retardar a gratificação (Hinshaw, Heller & McHale, 1992).

Importa acrescentar a importância do cuidado da análise dos comportamentos das crianças que são sujeitas a uma avaliação psicológica por solicitação de pais ou professores por razões que ponham em hipótese o diagnóstico de PHDA, especialmente em crianças de menor idade, em que alguns sinais ou sintomas podem ser, efetivamente, sugestivos. Exemplo disso é o caso de terem um temperamento instável ou difícil, o facto de serem facilmente irritáveis, terem episódios de choro frequentes, sofrerem de um sono agitado, terem uma agitação excessiva, perderem rapidamente o interesse nas brincadeiras, o facto de aceitarem mal os limites que o ambiente lhes impõe, o reagirem de forma extrema às mudanças e sofrerem de acidentes com maior frequência. Cabe ao profissional colocar em perspetiva o que é considerado «normal» para a idade em questão e o que é considerado critério para o diagnóstico de PHDA (Barrias, 2014; Dumas, 2011; Miranda et al., 2000).

Quanto à epidemiologia da PHDA, são reportados dados percentuais que variam substancialmente, sobretudo em função de fatores como a diversidade de critérios diagnósticos, das amostras utilizadas (idade e género), os métodos de avaliação utilizados e das pessoas junto das quais os dados são coletados para avaliação (Dumas,

2011; Miranda et al., 2000).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), estima-se que a prevalência da perturbação ocorra em 5% das crianças e 2,5% nos adultos. Para Szatmari (1992), com uma síntese de seis estudos epidemiológicos com crianças e adolescentes, a prevalência rondará na ordem dos 4 a 6,5%. Várias pesquisas apontam para que a patologia seja mais comum no sexo masculino, sendo que o DSM-5 (APA, 2013) cita o rácio de 2:1 nas crianças e 1,6:1 em adultos. Em estudos comunitários, a preponderância é da ordem de 3:1 (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993). Contudo, a hipótese de subdiagnóstico no sexo feminino pode ser colocada em causa, em particular nos casos em que predomina a desatenção, tipo que parece estar mais associado a este género e será a área sintomatológica que mais facilmente é desvalorizada em comparação aos sintomas pertencentes ao quadro de hiperatividade/impulsividade (Rohde & Mattos, 2008). Além disso, a perturbação do comportamento e a perturbação de oposição levam a que, por serem patologias mais comuns no sexo masculino e, por virem, geralmente, acompanhadas por PHDA, possam, também elas, explicar o porquê da taxa de prevalência ser mais elevada neste género (Barrias, 2014).

Quanto à etiologia da PHDA, parece mais correto entender a génese da patologia segundo a interação de uma multiplicidade de fatores causais, devido à heterogeneidade desta perturbação. Relativamente aos fatores de cariz biológico, são destacados os fatores neurobiológicos, e a hipótese mais consensual aponta para uma existência de alterações neuroquímicas, a nível dos neurotrasmissores, envolvendo os sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos (Stahl, 2002). Pesquisas mais recentes apontam para que o sistema serotonérgico também possa estar envolvido na questão (Rohde & Mattos, 2008 cit. por Barrias, 2014).

Quanto aos fatores de base genética, a atual evidência disponível implica dois

genes: o DAT1 e o DRD4 7+, apesar de ainda não existirem dados suficientes para descriminar qual o papel que um e o outro poderão ter na origem da patologia (Barkley, Smith, Fischer & Navia, 2006 cit. por Dumas, 2011). Os testes neuropsicológicos sobre o funcionamento das áreas que estão associadas à sintomatologia são piores no grupo de crianças com PHDA que têm antecedentes familiares afetados pela patologia (Seidman et al., 1995). Outro facto é o de que as taxas de ocorrência da perturbação rondam entre 67 a 81% no caso de gémeos monozigóticos, e 0 a 29% em gémeos dizigóticos (Thapar, 2003 cit. por Dumas, 2011).

Os fatores ligados à gravidez e ao momento do parto também parecem estar associados à PHDA, embora mais como fator de risco do que por estabelecimento de uma relação causal. Aqui são destacados a duração prolongado do trabalho de parto, a toxemia, o baixo peso à nascença, o consumo de tabaco ou álcool durante a gravidez, entre outros (Dumas, 2011; Miranda et al., 2000; Rohde & Mattos, 2008).

Quanto às explicações neuropsicológicas, Douglas (1989 cit. por Miranda et al., 2000) defendeu uma teoria baseada nas limitações do sistema de autorregulação nos portadores de PHDA, Quay (1997), defendeu a hipoatividade do sistema de inibição comportamental e Barkley (1997), defendeu os sintomas como expressão comportamental de um défice de quatro funções executivas («memória de trabalho», «autorregulação afetiva, motivação e alerta», «interiorização da linguagem» e «reconstituição») que dependem dos processos de inibição para o seu bom funcionamento.

Quanto aos fatores ambientais, são destacados o pobre exercício da parentalidade, o baixo *status* socioeconómico e *stress* psicossocial das famílias. Apesar de estarem sujeitas a controvérsia, os seus defensores referem a importância que as operações entre fatores biológicos e fatores psicossociais têm na modulação das perturbações da

infância e da adolescência, e neste caso em concreto, também na PHDA, especialmente no domínio atencional (Miranda et al., 2000).

Quanto à intervenção terapêutica, deve ser envolvido um plano multimodal, podendo incluir intervenção psicológica dirigida ao sujeito portador de PHDA, especialmente por meio de terapia cognitivo-comportamental, medidas psicoeducativas, treino parental e intervenções comportamentais no domínio familiar e no contexto escolar, modificações dietéticas por meio de uma abordagem nutricional, tratamento farmacológico, entre outros (Taylor et al., 2004).

É sugerido que, a partir dos 8/9 anos de idade a probabilidade das intervenções cognitivo-comportamentais serão mais eficazes, e quanto mais idade tiver a criança, maior a tendência para a eficácia da intervenção. No caso de crianças mais novas, a intervenção deverá passar mais pelo domínio comportamental e deverá ser dada maior ênfase à abordagem familiar (Barrias, 2014).

Já o tratamento psicofarmacológico poderá ser usado como tratamento de primeira linha em crianças com nível de PHDA grave a moderado. São salientados o metilfenidato e a atomoxetina. O primeiro é um psicostimulante que bloqueia a recaptação de dopamina e noradrenalina e é, normalmente, o fármaco de primeira escolha. O segundo é um inibidor seletivo da recaptação da noradrenalina, sendo normalmente administrado em casos de escassa resposta a estimulantes ou quando os efeitos secundários dos mesmos se tornam um problema. A duração do tratamento deve ser determinada pelas necessidades que cada sujeito evidencia ao longo do tempo e a decisão de interrupção aos fins de semana e férias deve ser tida em conjunto com os pais, tendo em conta a sintomatologia e o seu impacto no funcionamento da criança ou adolescente (Hollis, 2012; Taylor, Paton & Kapur, 2009).

Objetivos de estágio

Os objetivos propostos para a realização do estágio que dá corpo à presente tese contemplam três principais áreas – a) intervenção clínica, b) intervenção comunitária e c) investigação.

Em a) intervenção clínica, procura-se, essencialmente, o desenvolvimento de competências ao nível da observação clínica, avaliação psicológica, diagnóstico e intervenção.

Em b), intervenção comunitária, propõem-se o desenvolvimento de competências envoltas na prática da intervenção em grupo, na área da promoção de saúde.

Em c), investigação, procura-se a colaboração em projetos de investigação desenvolvidos pelo GAPPS.

Método

Serão caracterizados, adiante, os participantes, os instrumentos e procedimentos em que decorreu o estágio. Os estudos de caso A e B inserem-se no âmbito da intervenção clínica individualizada: caso A – acompanhamento desenvolvido nas instalações do GAPPS e, caso B - avaliação psicológica efetuada nas instalações da Casa de São Bento.

Participantes

No que concerne a a) intervenção clínica, serão explanados dois estudos de caso – o caso A, que se refere a uma criança de 7 anos do sexo masculino, e o caso B, referente a uma criança de 6 anos, também do sexo masculino. Para além desses casos, foram seguidos, também individualmente, uma outra criança de 8 anos (no espaço da Casa de São Bento) e uma adulta, com 55 anos de idade (no CCPNSD). Um resumo do processo destes casos clínicos é explanado na tabela que se segue:

Tabela 1

"Casos clínicos submetidos a intervenção clínica individualizada"

Caso/ Nome/Idade	**Motivo do pedido**	**Nº de sessões**	**Avaliação Psicológica**	**Resultados terapêuticos**
Caso A P. /7 anos	Recorrência de episódios de enurese, sem aprendizagem da capacidade de retenção urinária noturna	23	-	Diminuição no número de episódios de enurese durante o período noturno. Eliminação da ocorrência de episódios de enurese durante o período diurno. Sugere-se continuação do acompanhamento
Caso B C. / 6 anos	Dificuldades de atenção e concentração	12	*Observação e entrevista clínica; WISC-III; MPCR; Teste de Barragem de 2 sinais de Zazzo; FCR, DFH; TDF (real e imaginária); CAT-A; SCICA/6-18; Escala de Conners para Pais e Professores*	-
Caso C M. /8 anos	Suspeita de abuso sexual; diagnóstico de PHDA; conflitos relacionais familiares	15	*Observação e entrevista clínica; CAT-A; DFH; TDF (real e imaginária); Touch Survey; SCICA/6-18; CBCL/6-18*	Estabelecimento de regras e limites moroso, com recaídas frequentes ao longo do acompanhamento. Comportamentos de marcada oposição e desafio. Sugere-se a continuação do acompanhamento

Caso/ Nome/Idade	Motivo do pedido	Nº de sessões	Avaliação Psicológica	Resultados terapêuticos
Caso D L. / 55 anos	Problemas de ansiedade	9	-	Melhorias ao nível da capacidade de resiliência e adaptação mais eficaz ao meio. Sugere-se a continuação do acompanhamento

Legenda:
WISC-III: Wechsler Intelligence Scale for Children-III
MPCR: Matrizes progressivas Coloridas de Raven
FCR: Figura Complexa de Rey
CAT-A: Children's Apperception Test - Animals
TDF: Teste do Desenho da Família
DFH: Desenho da Figura Humana
CBCL/6-18: Child Behavior Checklist for ages 6/18
SCICA/6-18: Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents for ages 6/18

No que diz respeito a b) intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde por meio da implementação de programas de promoção de competências pessoais e sociais a jovens e idosos, os dois grupos, por falta de rigidez dos sistemas (em ambos não existe cariz de obrigatoriedade de presenças nas instituições em que se desenrolaram as intervenções), foram pautados por entradas e saídas marcadas por quem estava presente nos dias das sessões. Assim, uma descrição pormenorizada da amostra, no que diz respeito a este ponto, torna-se impossibilitada. No entanto, é possível afirmar que, numa fase inicial, o grupo de jovens era composto por 10 sujeitos com uma faixa-etária que variava entre os 12 e os 15 anos, tendo posteriormente compreendido jovens com idades entre os 8 e os 16 anos; o grupo de idosos, era composto inicialmente por 6 elementos, tendo posteriormente alargado de número. A faixa-etária era superior aos 60 anos, à exceção de um elemento com 55 anos. No grupo dos jovens, a distribuição por género foi, numa fase inicial, composta maioritariamente pelo género masculino, tendo-

se posteriormente equilibrado, enquanto que o grupo de idosos era composto maioritariamente por sujeitos do género feminino.

Seguem-se os gráficos que caracterizam dos elementos iniciais do grupo de jovens:

Gráfico 1

"Distribuição dos participantes no grupo de jovens por idade"

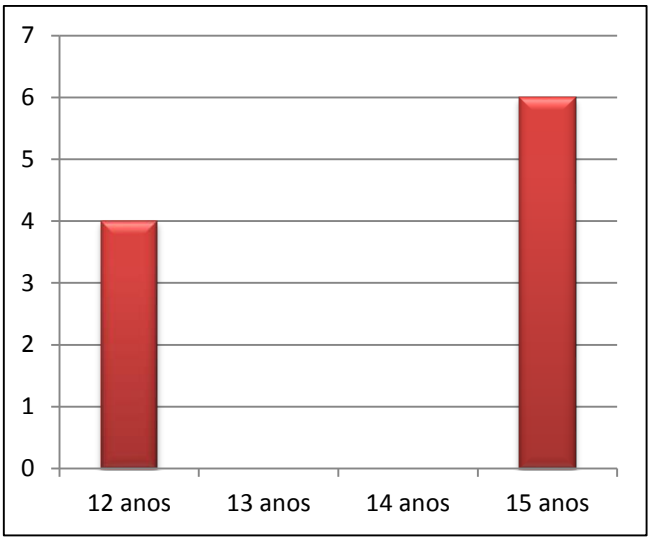
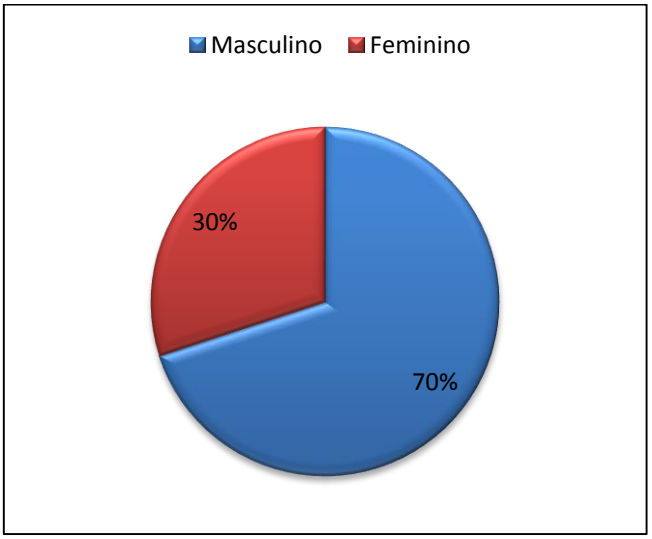


Gráfico 2

"Distribuição dos participantes no grupo de jovens por género"



Instrumentos

No que é respeitante ao estudos de caso a serem desenvolvidos adiante, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Observação clínica

Importante técnica de recolha de dados, a observação clínica permite o acesso a fenómenos comportamentais do paciente, concedendo-lhe sentido por meio do cruzamento e associação com os múltiplos dados recolhidos (Pedinielli, 1999). Se apresentar uma abordagem semiológica, o objetivo último aparece sob forma de diagnóstico por meio da observação de sintomas e sinais patológicos, auxiliando, assim, o processo de avaliação psicológica (Ciccone, 2000; Pedinielli, 1999).

No caso concreto de crianças, nas quais a produção linguística é, geralmente, menor do que a do adulto, a observação do comportamento apresenta-se como uma fonte de conhecimento cujas potencialidades são, ainda mais, incontestáveis (Ciccone, 2000).

Entrevista clínica

A entrevista é o instrumento privilegiado de relação e de trabalho dos psicólogos. Entrevistar requer a coleta de informações sobre o sujeito, com vista a um conhecimento mais aprofundado sobre o mesmo (Leal, 2008). Tem como objetivo a compreensão de um indivíduo na sua globalidade e na sua individualidade mais subjetiva (Bénony & Chahraoui, 2002), na busca de um entendimento profundo do seu quadro de referências internas (Leal, 2008).

No âmbito da avaliação psicológica, as entrevistas diagnósticas ou de avaliação permitem obter informação sobre a atividade e o funcionamento psíquico do sujeito tendo como objetivo último o diagnóstico, por determinação dos sinais e sintomas, classificando-os e alcançando um diagnóstico categorial do tipo nosológico (Aguilar et

al., 2003; Bénony & Chahraoui, 2002; Sipos, 2005;).

A maioria da informação obtida através da entrevista não pode ser conseguida por meio de nenhuma outra técnica disponível (Bénony & Chahraoui, 2002; Ribeiro & Leal, 1997).

SCICA/6-18: Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents for ages 6/18

A SCICA é uma entrevista semiestruturada aplicável a crianças e adolescentes com idades entre dos 6 aos 18 anos, dotada de uma estrutura flexível, permitindo o contacto e compreensão com os vários elementos ideográficos específicos de cada caso clínico (Mcconaughy & Achenbach, 1994 cit. por Gonçalves & Simões, 2001).

A entrevista tem três componentes: o protocolo, os formulários de observação e autorrelato e o perfil (Mcconaughy & Achenbach, 1994 cit. por Gonçalves & Simões, 2001).

O protocolo apresenta questões sobre um conjunto de 9 tópicos para administração da entrevista. Deve procurar registar-se integralmente o discurso da criança e estar atento aos comportamentos da mesma. O formulário de observação é compostos por 121 itens, e o de autorrelato por 113 e devem ser codificados de 0 (sem ocorrência) até 3 (intensidade severa). A partir dos formulários é possível construir um perfil. O perfil é composto por diferentes subescalas: ansiedade/depressão; comportamento ansioso; problemas familiares; isolamento; comportamento agressivo; problemas de atenção; comportamento estranho; e, comportamento de oposição (Mcconaughy & Achenbach, 1994 cit. por Gonçalves & Simões, 2001).

Wechsler Intelligence Scale for Children-III

A WISC-III apresenta-se como um instrumento clínico que permite avaliar o funcionamento intelectual nos seus vários domínios em sujeitos com idades

compreendidas entre 6 e os 16 anos e 11 meses de idade, e cuja administração é individual (Wechsler, 2003).

A escala é composta por 13 subtestes (três deles opcionais), dos quais 5 se apresentam como subtestes verbais – (2) informação, (4) semelhanças, (6) aritmética, (8) vocabulário, (10) compreensão, (12) memória de dígitos (opcional); e 6 como subtestes de realização – (1) completamento de gravuras, (3) código, (5) disposição de gravuras, (7) cubos, (9) composição de objetos, (11) pesquisa de símbolos (opcional) e (13) labirintos (opcional) (Wechsler, 2003).

O desempenho das crianças e dos adolescentes poderá ser analisado em termos de uma análise aos subtestes (pontos fortes e fracos) e em relação a seis resultados compósitos: QI Verbal, QI de Realização, QI da Escala Completa, Índice Compreensão Verbal, Índice Organização Percetiva e Índice Velocidade de Processamento (Wechsler, 2003).

Matrizes progressivas Coloridas de Raven

O teste das MPCR corresponde a um instrumento de avaliação do desenvolvimento intelectual de crianças cuja faixa-etária está compreendida entre os 5 aos 11 anos de idade (Raven, Raven & Court, 1988 cit. por Cunha, 2000).

O teste foi elaborado tendo como base o referencial teórico de Spearman e tem como objetivo avaliar o que o autor define como capacidade intelectual geral – «fator g», ou mais especificamente, um dos componentes do «fator g» - a capacidade edutiva (Raven, Raven & Court, 1988 cit. por Cunha, 2000).

A prova é composta por três séries de 12 itens cada: A, Ab e B. Os itens dessas séries estão dispostos sob grau crescente de dificuldade e caracterizam-se pela presença de uma matriz com uma parte em falta, abaixo do qual são apresentados seis alternativas possíveis e na qual a criança deve optar pelo único elemento que completa essa matriz

(Raven, Raven & Court, 1988 cit. por Cunha, 2000).

Figura Complexa de Rey

A prova da FCR é composta por duas figuras – A e B, que são representadas por um desenho geométrico complexo que não é dotado de significado evidente e que é de fácil realização gráfica, mas que apresenta elementos cuja estrutura do conjunto exige a ativação dos processos de atividade analítica e de organização e cujos resultados permitem a avaliação da capacidade de organização percetivo-motora, a atenção e a memória visual imediata (Rey, 1988).

A figura B destina-se à avaliação de crianças dos 4 aos 8 anos, podendo ainda ser aplicada a adultos em que se suspeita da existência de grande deterioração mental, sendo a figura A aplicada à restante população e sempre sob emprego individualizado (Rey, 1988

Numa primeira instância, o desenho deve ser copiado, disponibilizando-se ao sujeito um conjunto sucessivo de lápis de cores diferentes, para posterior análise do processo de organização espacial do desenho copiado. Nesta primeira fase da prova o tempo é cronometrado. Após uma pausa que não deve exceder os 3 minutos, procede-se à reprodução por memória dessa figura, disponibilizando ao sujeito apenas um lápis de carvão, ou retomando-se a técnica dos vários lápis de cor (Rey, 1988).

Para se proceder à correção, os elementos que compõem a figura são analisados individualmente. Na figura A são isoladas 18 unidades no desenho e cotados pela análise da sua riqueza e exatidão. Quando correta e bem situada – 2 pontos; correta mas mal situada – 1 ponto; quando deformada ou incompleta mas reconhecível e bem situada – 1 ponto; deformada ou incompleta mas reconhecível mas mal situada – ½ ponto; quando irreconhecível ou ausente – 0 pontos. A pontuação máxima é de 36 pontos (Rey, 1989). No caso da figura B, recorre-se a um sistema de pontuações

semelhante, e cujo seu valor máximo é de 31 pontos (Rey, 1988).

A partir da precisão dos resultados, do processo de construção espacial e da rapidez da cópia são distinguidos 7 tipos de construções: I – construção sobre a armação; II – detalhes englobados na armação; III – contorno geral; IV – justaposição de detalhes; V – detalhes sobre um fundo confuso; VI – redução a um esquema familiar; e, VII – garatujas (Rey, 1988).

Teste de Barragem de 2 sinais de Zazzo

Em 1945 Zazzo cria, com base nos sinais da prova de Toulousse Piéron, o teste de duas barragens. Este permite avaliar a capacidade de atenção sustentada em crianças com uma idade compreendida entre os dos 5 os 9 anos (Amaral, 1967).

A prova tem a duração de 10 minutos e é administrada com dois lápis de carvão bem afiados e uma folha de teste, na qual a criança deve assinalar todos os sinais iguais aos dois que constituem o modelo localizado na parte superior dessa folha (Amaral, 1967).

A cotação da prova depende do número de sinais assinalados corretamente, o número de erros (marcação de sinais diferentes do modelo) e omissões (Amaral, 1967).

Children's Apperception Test – Animals

O CAT-A é uma prova projetiva constituída por 10 pranchas onde estão presentes desenhos de animais a preto e branco, em que estão expressas situações que conduzem à projeção de temas atribuídos aos heróis, ao cenário envolvente e aos conteúdos das relações objetais, permitindo o contacto com as modalidades relacionais e conflituais da criança, aos impulsos e defesas, em que são explorados vários aspetos do seu domínio interno, dependendo dos conteúdos manifestos e latentes presentes em cada um desses cartões (Boekholt, 2000).

A administração é individualizada e aplicada a crianças com idades entre os 3 e os

10 anos de idade. As pranchas são apresentadas uma a uma, e solicita-se à criança que conte uma história em cada uma delas. As histórias produzidas oferecem conteúdos passíveis de serem interpretados, em que são analisados a quantidade e qualidade dos personagens e elementos envolvidos em cada produção (Boekholt, 2000).

A prancha nº1 faz referência ao domínio da oralidade e posiciona a criança na relação com a representação materna; a prancha nº2 remete para uma relação triangular no domínio edipiano sob um contexto agressivo ou libidinal; a prancha nº3 faz referência a uma imagem de poder fálico; a prancha nº4 diz respeito à relação com a representação materna num contexto de rivalidade fraterna; a prancha nº5 remete para a curiosidade sexual e fantasma da cena primitiva; a prancha nº6 evoca, também, questões envoltas na curiosidade sexual e reconhecimento de triangulação relacional; a prancha nº7 diz respeito à relação com a agressividade; a prancha nº8 remete para o domínio das relações familiares, sentimentos de transgressão e culpabilidade; a prancha nº9 faz referência a sentimentos de abandono e solidão; e, por fim, a prancha nº10, que remete para a relação parental punitiva (Boekholt, 2000).

Teste do Desenho da Família

O TDF é uma prova de simples administração, composto apenas por duas folhas A4 brancas, lápis de carvão bem afiado e macio ou lápis de cor, e os inquéritos empregues após as produções gráficas. Numa primeira fase deve instruir-se a criança para que imagine uma família e que a desenhe (família imaginária). Após a produção, deve questionar-se a criança com as questões presentes no inquérito. De seguida, solicita-se que a criança desenhe a sua própria família (família real) e, terminado, nova administração do inquérito (Corman, 1979).

A partir da análise do resultado final dos desenhos e do próprio processo de produção gráfico, bem como a partir da análise das respostas às questões dos inquéritos,

é permitido o contacto com as dinâmicas familiares e com a forma como essas ligações são geridas e vivenciadas pela criança, revelando os conflitos infantis, rivalidade fraterna, conflitos edípicos, as tendências e as defesas do ego (Corman, 1979).

A interpretação dos desenhos deve ser sujeita a três níveis de análise: o nível gráfico, em que se deve tomar em consideração a amplitude, a força e o ritmo do traço, a localização e sentido do desenho; o nível das estruturas formais, que remete para a forma como a criança produz cada uma das figuras, em termos de tamanho, proporção, diferenciação sexual e os elementos que a compõem, tornando-se relevante detalhes atribuídos ou omitidos, vestimentas e ornamentos; e por fim, o nível de conteúdo, em que se analisa a valorização ou desvalorização de elementos da família, a distância entre os vários elementos, presença de representações simbólicas e tendências afetivas (Corman, 1979).

Escala de Conners para Pais e Professores

A Escala de Conners permite a avaliação do comportamento no que diz respeito a sintomatologia associada com a PHDA, e cuja utilização é recomendada como auxiliar no processo de diagnóstico.

A Escala de Conners para Pais Forma Reduzida é constituída por 27 itens, agrupados em torno de quatro subescalas - comportamentos de oposição, problemas cognitivos-desatenção, excesso de atividade motora e índice de PHDA. A Forma Reduzida para Professores é constituída por 28 itens, também agrupados em volta dessas quatro subescalas (Rodrigues, 2008).

Procedimentos

O estágio académico que dá corpo à presente tese teve como data de início 1 de Outubro de 2014. Antes, no dia 25 de Setembro, foi realizada uma reunião com a Prof. Doutora Tânia Gaspar, coordenadora e supervisora clínica do GAPPS, com a finalidade

de dar a conhecer quais os objetivos do estágio, formas de procedimento e dinâmica de trabalho no GAPPS.

No decorrer do mês de Outubro, em fase de período de acolhimento dos estagiários, foram realizadas quatro sessões, com intervalo semanal entre elas, apresentadas por professores que lecionam na ULL e clínicos do GAPPS, onde foram focados temas importantes para a prática, nomeadamente «a entrevista motivacional», «o *mindfullness* em contexto psicoterapêutico», «as técnicas de comunicação terapêutica e relaxamento» e «programa de promoção de competências».

Ainda no mês de Outubro, efetuou-se, na testoteca da ULL, a consulta e treino de instrumentos de avaliação, com vista a relembrar as várias provas psicológicas lecionadas no decurso da licenciatura e 1º ano de mestrado, focando a análise na sua população-alvo, áreas avaliadas, material e aplicação da mesma. Assim, procurou-se preparar e oferecer maiores competências para futura utilização das provas em processo de atividade clínica.

Para além disso, nesse mesmo mês, foi proposto pela Prof. Doutora Tânia Gaspar que fossem realizadas revisões de literatura para apoio a projetos decorrentes, no que concerne aos temas «o doente reumático - papel do psicólogo na doença crónica com adultos e idoso» e «automutilação/comportamento autodestruição na adolescência».

No que diz respeito à intervenção clínica desenvolvida no espaço do GAPPS, procedeu-se, numa primeira fase, a uma triagem inicial dos casos efetuada pela supervisora clínica do gabinete com apoio dos estagiários profissionais em atividade, com início de intervenção clínica realizada a meados do mês de Novembro.

Na primeira semana desse mês, foram realizadas reuniões com as assistentes sociais do CCPNSC e da Casa de São Bento, com vista à exploração do funcionamento das instituições e acordo quanto a questões horárias, calendarização, recursos físicos

necessários para a implementação das práticas clínicas, discussão dos motivos de pedido no que se refere às intervenções individualizadas e questões envoltas nas populações sobre as quais iria incidir a intervenção comunitária. A intervenção clínica e comunitária iniciou-se nestas instituições, também, a meados do mês de Novembro.

No final do mês de Fevereiro, iniciou-se o processo de mentoria no Centro de Desenvolvimento Comunitário do Bairro dos Lóios, pertencente ao grupo institucional da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

A atividade clínica e comunitária desenvolvida na Casa de São Bento terminou no início do mês de Junho, sob paralelo com o término das atividades escolares e, por conseguinte, menor afluência das crianças à instituição. No CCPNSC a prática finalizou-se no início do mês de Julho e, no GAPPS, no final do mês de Julho.

Consta, no apêndice, uma tabela onde estão organizadas as atividades desenvolvidas semanalmente no estágio.

Outras atividades desenvolvidas

Para além das atividades já mencionadas, procedeu-se à colaboração no planeamento e concretização do «*Open Day*», projeto que visa, sobretudo, dar a conhecer o curso de psicologia a estudantes do ensino secundário, bem como permitir a exploração do espaço universitário. Este evento decorreu nos dias 15 e 16 de Abril de 2015, na ULL.

Ainda no que diz respeito a eventos desenvolvidos na ULL, foi realizado, em conjunto com as restantes estagiárias académicas do GAPPS, uma comunicação científica em formato poster com o título «Diversidade e Domínios do GAPPS», apresentado no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, com o objetivo de apresentar e dar a conhecer o estágio desenvolvido. Esta apresentação decorreu nos dias 22 e 23 de Abril de 2015, na Universidade Lusíada de Lisboa.

Para além disso, e no que diz respeito a outras atividades desenvolvidas além universidade, prestou-se apoio na gestão do evento «*Dream Teens*», desenvolvido pela equipa Aventura Social, projeto este que tem como objetivo criar uma rede nacional de consultores juniores em matéria de saúde, incrementando uma atitude de responsabilidade social e envolvimento de jovens num processo de cidadania ativa. Este evento ocorreu nos dias 22 e 23 de Novembro de 2014.

Foi realizado, também, um processo de mentoria a um dos jovens inseridos no Centro Desenvolvimento Comunitário Bairro dos Lóios, a cargo da instituição Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. No que diz respeito a esta atividade, o papel de psicólogo clínico não é aplicado, procurando-se, antes, abrir espaço para uma relação de igual para igual, e procedendo a um apoio psicoeducacional com vista à aquisição de estratégias para uma melhor adaptação dos jovens às contingências do meio, potenciando neles um desenvolvimento e crescimento mais equilibrado.

Expõem-se na tabela seguinte as várias atividades desenvolvidas no decorrer do estágio e respetiva carga horária.

Tabela 2

"Atividades desenvolvidas/carga horária"

Atividades desenvolvidas	**Carga horária**
Intervenção Clínica	200h
Intervenção Comunitária	50h
Investigação Científica	25h
Programa de Competências Pessoais e Sociais (população idosa) – planeamento atividades	10h
Comunicação científica em formato poster	8h
«Open Day»	11h
«Dream Teens»	20h
Mentoria	12h
Revisões de literatura para os temas «o doente reumático - papel do psicólogo na doença crónica com adultos e idoso» e «automutilação/comportamento autodestruição na adolescência» solicitados pela coordenadora do GAPPS	18h
Reuniões de supervisão de casos clínicos	40h
Manuseamento e treino de aplicação de provas psicológicas	12h
Relatório de estágio	350h
Total	756h