

## Introdução

O ensino da Psicologia no espaço Europeu sofreu, nos últimos anos, consideráveis mudanças. Com o intuito de facilitar uma mobilidade transnacional dos profissionais e garantir a prestação de serviços de elevada qualidade no ensino e prática da Psicologia, foi instituído o Diploma do Psicólogo Europeu ou *Europsy*. Este pretende uma uniformização do treino e ensino em Psicologia, e conseqüentemente facilitar a comparação dos currículos e assim promover a mobilidade e intercâmbio de estudantes, docentes e investigadores da área, uma vez que está assegurado o reconhecimento europeu da qualificação dos profissionais.

Actualmente, de acordo com o Diploma do Psicólogo Europeu, a aprendizagem e o ensino da Psicologia na comunidade europeia tem como objectivo o treino profissional de competências, com a formação superior mínima de 5 anos, repartidos por diferentes ciclos de formação. Com base no referido diploma, o profissional de Psicologia deverá demonstrar ter adquirido distintas competências. Estas podem ser agrupadas de acordo com o que se espera ser o papel do profissional, nomeadamente a) especificação de objectivos, b) avaliação prévia, c) desenvolvimento, d) intervenção, e) avaliação posterior e f) comunicação. Para além destas competências, designadas de competências primárias, foi definido um outro tipo de competências, estas relacionadas com o exercício ou prática profissional do psicólogo. São elas 1) estratégia profissional, 2) desenvolvimento profissional contínuo, 3) relações profissionais, 4) pesquisa e desenvolvimento, 5) *marketing* e “venda”, 6) gestão de clientes, 7) gestão da prática, 8) garantia da qualidade e 9) auto-reflexão.

Tendo por base o *Europsy*, também o Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior assenta em três pilares essenciais, nomeadamente a avaliação, a intervenção e a investigação científica em psicológica. O presente relatório pretende evidenciar o desenvolvimento destas competências, próprias à prática do profissional de psicologia. Para tal recorre-se às actividades desenvolvidas no estágio curricular. O presente documento encontra-se organizado tendo em conta estas diferentes fases na prática psicológica, estando assim sistematizado em quatro capítulos distintos. O capítulo I está reservado à descrição dos locais de estágio, bem como às actividades desenvolvidas no âmbito do mesmo. O capítulo II é dedicado a actividades de avaliação psicológica, fazendo referência aos casos avaliados ao longo do estágio e dando-se particular ênfase a uma das avaliações psicológicas realizadas. Quanto ao terceiro capítulo, debruça-se sobre a intervenção psicológica, descrevendo-se dois dos casos acompanhados no decorrer do estágio. Por último, o capítulo IV descreve a investigação sobre os estilos parentais em crianças hiperactivas do Distrito da Guarda.

O presente trabalho pretende assim reflectir o conjunto de aprendizagens profissionais e pessoais experienciadas ao longo do estágio curricular desenvolvido.

## **Capítulo I – Caracterização Estrutural e Dinâmica**

### **Organização e Funcionamento do Estágio**

O estágio curricular, realizado no âmbito da Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde, decorreu em duas Instituições distintas.

Inicialmente teve lugar no Hospital Sousa Martins (HSM), na cidade da Guarda, sob supervisão e orientação da Psicóloga Clínica Dra. Marta Capelo.

Surgiu igualmente a oportunidade de, em simultâneo, exercer actividades numa outra Instituição como forma de complemento do estágio, esta Privada e igualmente sediada na cidade da Guarda, a Cooperativa de Educação e Reabilitação para Cidadãos Inadaptados da Guarda – CERCIG, sob supervisão e orientação da Psicóloga Dra. Isabel Martins.

Foi acordado entre as orientadoras dos locais de estágio, a orientadora da Universidade e a estagiária que a carga horária dedicada ao Hospital Sousa Martins seria maior, uma vez que surgiu como o primeiro local de estágio, sendo o trabalho realizado na CERCIG um complemento deste.

### ***Hospital Sousa Martins***

O estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde decorrido no Hospital Sousa Martins, sob supervisão e orientação da Psicóloga Clínica Dra. Marta Capelo, teve início no dia 15 de Outubro de 2007.

O trabalho realizado envolveu, por um lado o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), por outro, o Serviço de Pediatria, incluindo assim uma ampla diversidade de idades e situações clínicas.

As consultas de Psicologia com a população adulta teriam lugar às quintas-feiras à tarde no DPSM. Os pacientes encaminhados pelos Psiquiatras Assistentes, poderiam provir das consultas externas de Psiquiatria ou do internamento. Após a elaboração do pedido de consulta de Psicologia, poder-se-ia iniciar a intervenção/acompanhamento psicológico.

O principal foco de actividades da estagiária centrou-se no serviço de Pediatria. Assim, a maioria do seu trabalho direccionou-se para a população mais jovem, crianças e adolescentes. Uma vez que os pedidos de consulta de Psicologia efectuados pelos Pediatras surgiam essencialmente das consultas de Adolescência/ Obesidade e de Desenvolvimento, foi proposto que a estagiária assistisse e fizesse parte da equipa multidisciplinar que levava a cabo estas consultas. Deste modo, a partir do dia 18 de Outubro de 2007, as manhãs das quintas-feiras estariam reservadas para as consultas de Adolescência/ Obesidade. Estas consultas, direccionadas para as crianças e adolescentes com problemáticas diversas, eram levadas a cabo por diversos profissionais,

nomeadamente Pediatra Assistente, Nutricionistas, Assistente Social, Enfermeiras e Psicóloga. O papel da estagiária consistiu em sinalizar casos para posterior acompanhamento psicológico e seu grau de urgência. Assim, em conjunto com o Pediatra Assistente, procedeu-se “a uma espécie” de triagem, para a qual muitas vezes era efectuada uma primeira entrevista de recolha de informação mais específica das dificuldades e gravidade das mesmas. Nos casos sinalizados, consumou-se o pedido de consulta de Psicologia e consoante o seu carácter de urgência, marcou-se a consulta com maior ou menor brevidade. Na maioria dos casos sinalizados a problemática relaciona-se com questões como ansiedade de desempenho, ansiedade generalizada, sintomatologia depressiva, diminuição do rendimento escolar, dificuldades de relacionamento interpessoal, baixa auto-estima, perturbações alimentares e de peso (excesso ou defeito), alteração na imagem corporal, motivação e sensibilização (da criança/ adolescente e respectiva família) para o cumprimento de plano terapêutico, entre outros.

Surgiu, igualmente, a oportunidade/necessidade de assistir às consultas de Desenvolvimento, retomadas no dia 14 de Janeiro de 2008 no serviço de Pediatria do Hospital Sousa Martins. Estas consultas tiveram lugar às segundas-feiras de todas as semanas, sendo que a manhã estaria reservada para as crianças mais novas, até aos 6/7 anos e o período da tarde seria para crianças/ adolescentes até aos 16 anos de idade. Da equipa fizeram parte a Pediatra Assistente, Educadora, Professora, Enfermeiras, Assistente Social e Psicóloga. Novamente, o papel da estagiária consistiu em sinalizar casos para posterior acompanhamento psicológico e seu grau de urgência. Os casos observados envolveram diversas problemáticas, nomeadamente perturbações hiperactivas com défice de atenção, dificuldades de adaptação à escola ou grupo de pares, recusa face à medicação, falta de regras/limites parentais, perturbações de ansiedade, medos e fobias, perturbações de eliminação, perturbações da leitura, perturbações dos sono e ainda a realização de avaliações (psicológicas e psicopedagógicas) das dificuldades/capacidades intelectuais dos jovens, entre outros.

As restantes horas estariam reservadas para a marcação das consultas de Psicologia, não havendo portanto, um horário fixo de entrada, hora de almoço e saída. Contudo, com muitas excepções, as primeiras consultas seriam marcadas preferencialmente a partir das 9h30 e as últimas até às 17h.

Para além das actividades mencionadas, o estágio curricular realizado no Hospital Sousa Martins, englobava a realização de outras tarefas e actividades nomeadamente observação/realização de consultas de Psicologia (avaliação e/ou intervenção psicológica), promoção de acções de formação/ psicoeducação, realização de actividades com as crianças, realização/ apresentação de estudos de caso, divulgação de informação clínica relevante (Hospital e exterior), trabalhos de pesquisa, discussão de casos/ reuniões clínicas.

O horário, conforme consta na Tabela 1, estava distribuído da seguinte forma, as segundas-feiras estavam reservadas para as consultas de Desenvolvimento, às quintas-feiras durante a manhã, exercia actividades na equipa das consultas de Adolescência/Obesidade e à tarde tinham lugar as consultas no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Com excepção das terças-feiras durante a manhã, nos restantes dias decorriam as consultas de Psicologia.

**Tabela 1.** Carga horária dos serviços e locais de estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h					
10h					
11h					
12h					
13h					
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					

**Legenda:**

- Consultas de Desenvolvimento
- Hora de Almoço
- Cercig
- Consultas de Adolescência/ Obesidade
- Universidade
- Consultas de Psicologia

**CERCIG**

Inicialmente, o estágio no Hospital Sousa Martins envolve, entre outras actividades, a observação e acompanhamento das consultas de Desenvolvimento. Todavia, por questões logísticas do próprio Hospital, estas consultas cessaram no mês de Outubro de 2007, não sendo perspectivada uma data para o seu recomeço. Assim sendo, havia maior disponibilidade na agenda semanal da estagiária. Uma vez que a vaga de estágio na Cercig não tinha sido ocupada, e dado o interesse desta instituição em receber estagiários, surgiu a oportunidade de se efectuar e complementar assim o estágio curricular até então decorrido.

Teve assim início no dia 29 de Janeiro de 2008, o estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde na Cooperativa de Educação e Reabilitação para Cidadãos Inadaptados da Guarda, comumente designada de Cercig, sob supervisão e orientação da Psicóloga Dra. Isabel Martins.

O trabalho desenvolvido nesta instituição direccionou-se à realização de avaliações psicológicas, quer em alunos dos agrupamentos com as quais a Cercig estabelece protocolos, quer dos próprios alunos a frequentar a instituição.

Deste modo, foi possível uma abordagem diversificada, envolvendo crianças, adolescentes e adultos, sempre com o propósito de se proceder à avaliação de possíveis dificuldades e potencialidades, relacionando-as com o seu rendimento académico e/ou social.

## As Instituições

O contexto e a caracterização das Instituições onde decorreu o estágio curricular, bem como o enquadramento e o papel do psicólogo nas mesmas, serão descritos separadamente.

### ***Hospital Sousa Martins***

O Hospital Sousa Martins engloba alguns edifícios que pertenciam ao Ex-Sanatório Sousa Martins (cf. Anexo I) e um Pavilhão Novo que entrou em funcionamento nos finais do ano de 1997. O Pavilhão Principal do Ex-Sanatório (assim designado por ser de construção mais recente) terá sido inaugurado em meados de 1953. Em 1977 foram efectuadas algumas obras de remodelação, para adaptação aos serviços hospitalares, conservando a sua estrutura. É constituído por duas alas, sendo que a ala esquerda possui dois pisos e a direita é constituída por três pisos. Este Pavilhão engloba as áreas médicas, administração, serviços administrativos, serviços de apoio, serviços farmacêuticos, cozinha, entre outros. Existem ainda outros pavilhões onde estavam a funcionar alguns armazéns, todavia, dado o seu estado de degradação, presentemente encontram-se vazios.

O Novo Pavilhão, com três pisos, iniciou as suas actividades em 1997. Para este edifício foram transferidos todos os serviços que funcionavam nas antigas instalações da Misericórdia, nomeadamente, Unidades de Internamento de Cirurgia e Ortopedia, Bloco Operatório Central, Consultas Externas de Cirurgia e Ortopedia, Exames Especiais, Imagiologia, Serviço de Urgência de Adultos e Pediátrica. Foram ainda criados novos serviços, designadamente a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e a Esterilização Central.

Esta Instituição pública tem como objectivo assegurar à comunidade em que se integra, a prestação de cuidados diferenciados de natureza curativa e de reabilitação que requerem meios técnicos e humanos especializados. Além da função assistencial, dá apoio ao ensino médico pós-graduado e de enfermagem (pré e pós graduação).

Dispõe para tal de valências *Básicas* (Cirurgia, Ginecologia, Medicina, Neonatologia, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria), *Intermédias* (Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrino) e ainda *Diferenciadas* (Cardiologia, Neurologia, Pneumologia). Possui igualmente serviços sem internamento, nomeadamente as *Consultas Externas* (Anestesia, Cardiologia, Cirurgia Geral e Pediátrica, Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia e Psiquiatria), *Serviço de Urgências e Bloco Operatório*.

O Hospital Sousa Martins dispõe de um total de sensivelmente 327 camas e aproximadamente 900 funcionários, sendo que cerca de 100 são médicos e 351 enfermeiros.

*“Hoje, O Hospital Sousa Martins está inserido e faz parte de uma estrutura diversificada de prestação de cuidados diferenciados de Saúde, marcando a sua acção por assinalável esforço no sentido da promoção de uma verdadeira e autêntica humanização da assistência prestada ao Cidadão – Utente, assegurando à população englobada na sua área de acção, o acesso e a prestação de cuidados de Saúde de alta qualidade.”*

Serviços Administrativos HSM

### Serviço de Pediatria – Consultas Externas

Situado na parte antiga do hospital, o Serviço de Pediatria é composto por diversas alas e especialidades. O gabinete de Psicologia situava-se na zona das consultas externas, sendo que esta área era ainda constituída por três consultórios médicos, um de enfermagem e a secretaria, para além do gabinete de Psicologia. Para prestar assistência aos utentes, faziam parte das consultas externas quatro Pediatras, duas Enfermeiras, uma Assistente Social, uma Secretária de Unidade e uma Psicóloga. Contava igualmente com a participação de diversos estagiários na área de enfermagem, medicina, assistência social e psicologia. Ocasionalmente era prestado apoio a pacientes encaminhados do internamento de Pediatria.

### Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental dispõe-se a dar resposta às funções de assistência psiquiátrica, de investigação, de ensino médico (pré e pós graduado), de enfermagem, de psicologia, entre outros, abrangendo todo o distrito da Guarda. Para tal, possui vários sectores, nomeadamente as Consultas Externas, Internamento de Doentes Agudos, Serviço de Visitação Domiciliária (designado por Serviço Comunitário) e ainda Urgência Psiquiátrica (a funcionar no Serviço de urgência do Hospital Sousa Martins). Este serviço é actualmente constituído por uma equipa de profissionais designadamente cinco Médicos Psiquiatras, uma Psicóloga, dezasseis Enfermeiros, dez Auxiliares de Acção Médica e duas Administrativas.

### **Consultas de Psicologia no Hospital Sousa Martins**

Actualmente, existe apenas uma profissional de Psicologia a exercer no Hospital Sousa Martins. O gabinete de Psicologia está sediado na Pediatria, na zona das Consultas

Externas, sendo igualmente ocupado um outro gabinete (que também é utilizado por outros profissionais) no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Desta forma, as consultas com crianças e adolescentes decorrem na Pediatria, já as consultas com adultos são efectuadas primordialmente no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

A consulta de Psicologia, não funciona de forma independente, ela existe como apoio aos serviços de Psiquiatria e Pediatria. Os pacientes que inicialmente consultem o Pediatra ou Psiquiatra serão então encaminhados para as consultas de Psicologia. Também outros médicos de diferentes serviços poderão efectuar os encaminhamentos dos seus pacientes para estas consultas. Assim sendo, as pessoas que se queiram dirigir à consulta de Psicologia, têm de consultar preferencialmente um médico (Pediatra, Psiquiatra, de Família, por exemplo) e este efectuará o encaminhamento.

Após efectuado o encaminhamento, os pacientes seguem um plano/programa terapêutico independentemente de continuarem a ser acompanhados nas consultas externas, ou seja, a partir do momento em que iniciam as consultas de Psicologia, há uma certa autonomia deste serviço, apesar de ser mantido o contacto com o seu Pediatra ou Psiquiatra e de se estabelecer relação co-terapêutica entre estes e o Psicólogo.

Ainda que semanalmente auxilie o Departamento de Psiquiatria, o principal trabalho desta profissional no Hospital está inserido e direccionado para o serviço de Pediatria. Neste serviço, são prestados apoios em diferentes valências, nomeadamente na urgência pediátrica, no internamento e nas várias consultas externas, particularmente as consultas de Desenvolvimento, de Adolescência/Obesidade e ainda Neonatologia. O trabalho desenvolvido neste âmbito envolve a realização de avaliações, aconselhamento e intervenções psicológicas. Passa igualmente pela promoção e divulgação de informação clínica relevante, desenvolvimento de acções de formação/psicoeducação, entre outras.

## **CERCIG**

O “movimento CERCI” teve início com as famílias de crianças portadoras de deficiência que, não encontrando a resposta adequada para os seus filhos, acabavam por ter que os deixar fechados em casa, dias a fio. Foi então que, da união de pais, professores, cidadãos anónimos e instituições, surgiu uma escola para crianças portadoras de deficiências em Lisboa, nascida assim a primeira Cooperativa de Educação e Reabilitação para Crianças Inadaptadas (CERCI). A partir deste momento o movimento não parou, existindo actualmente cerca de meia centena de CERCI's. Na zona da Beira Interior, a CERCIG aparece isolada, sendo a única representante na e para a região.

Foi em 1977, que os pais de crianças portadoras de deficiência da região da Guarda, levados pela mesma necessidade de apoio e respostas educativas para os seus filhos, se

uniram num mesmo objectivo. Com a ajuda de muitos donativos e boa vontade foi então que se estabeleceram em duas habitações abandonadas no centro da cidade. Muitas foram as dificuldades iniciais e fazia-se o que se podia para acomodar e equipar as novas instalações. Após alguns pedidos e muitos improvisos (as almofadas serviam de cadeiras e as caixas de fruta, pintadas passavam por armários) em 14 de Novembro do ano lectivo de 1977/1978, a escola de ensino especial recebeu os seus primeiros alunos. O Ministério da Educação deu o seu contributo e destacou 4 Professores do 1ºciclo, 4 Auxiliares de Educação e um Psicólogo. As ajudas continuavam a chegar, os Bombeiros Voluntários da cidade responsabilizaram-se pelo transporte das crianças e o Hospital Distrital da Guarda fornecia as refeições.

As crianças foram crescendo e com elas a necessidade de aprendizagens mais significativas que as preparassem para a vida activa. Neste sentido, surge por parte do Ministério da Educação e do Trabalho, a criação da valência Pré-profissional. Na altura a CERCIG dispunha de um espaço de Quinta Agrícola, acabando por ser aproveitada não só para a produção de alimentos como para a formação pré-profissional nas áreas agropecuária e hortofloricultura. Foi igualmente neste espaço que o Centro de Emprego e Formação Profissional passou a subsidiar a construção de oficinas a fim de dar formação específica com componente prática/oficinal. Nasce assim o Centro de Reabilitação Profissional. Foi ainda criado o Centro de Actividades Ocupacionais destinado aos jovens e adultos que não conseguiam emprego. A CERCIG desejava ainda, dar resposta a uma outra necessidade crescente desta população: a construção de uma unidade residencial que continue a proporcionar qualidade de vida a esta população, quando a sua longevidade ultrapassa a dos que lhe dão suporte de vida.

Mais recentemente a CERCIG passou a disponibilizar um serviço de ATL (actividades dos tempos livres), a partir das 16h, inicialmente para crianças do ensino regular, com necessidades educativas especiais, mas que actualmente também dá resposta a crianças da própria instituição. Sensivelmente na mesma altura, passou a funcionar o RSI (rendimento social de inserção) que visa o apoio e acompanhamento domiciliário a famílias que beneficiam do referido rendimento, actualmente engloba cerca de 150 famílias a par da equipa constituída por 3 profissionais e 5 auxiliares.

Actualmente a CERCIG funciona com todas estas valências à excepção do "lar". A valência Educativa tem como objectivo proporcionar à criança e jovem portadores de deficiência o acesso à escolaridade obrigatória através do ensino especial e individualizado. Possui neste ano lectivo de 2007/2008, 24 alunos entre os 6 e 18 anos de idade, encaminhados pelas escolas do ensino regular. A equipa de docentes que a compõe é constituída por professores do 1º CEB de Educação Física, Música, EVT e uma Educadora. Quanto à equipe técnica é composta por Psicóloga, Fisioterapeuta e Terapeuta da Fala. Os

alunos são igualmente apoiados por auxiliares pedagógicas quer nas actividades pedagógicas quer nas diárias, promotoras do bem-estar e autonomia, monitorizando ateliers de artes decorativas, cabeleireiro e estética. Estes alunos usufruem ainda de outros serviços, nomeadamente transporte, alimentação, hidroterapia, hipoterapia, tecnologias de informação e comunicação, actividades desportivas e recreativas.

O Centro de Reabilitação Profissional, é actualmente frequentado por cerca de 60 formandos e o Centro de Actividades Ocupacionais por 36 utentes.

No presente ano lectivo existem ainda alunos que seguem um “currículo alternativo” nas várias escolas dos Agrupamentos da região da Guarda, com as quais a Instituição estabelece protocolos. Assim sendo, cerca de 47 alunos frequentam a designada componente do currículo específico individual, que constituem projectos de cooperação ao abrigo da alínea b) do nº1 da portaria 1102/97. Estes alunos dispõem de actividades como ateliers, cabeleireiro, carpintaria, terapia da fala, folclore, musicoterapia, comunicação alternativa, desporto, hidroterapia, serviços domésticos, serviços de apoio e informática, podendo igualmente usufruir de transporte e alimentação. Para o próximo ano lectivo, estes alunos serão enquadrados no CRI (centro de recursos para a inclusão) da CERCIG, ao abrigo do artigo 30 do DL 3/2008.

### **Consultas de Psicologia na CERCIG**

As consultas de Psicologia levadas a cabo na presente Instituição centram-se particularmente na realização de avaliações psicológicas. Em resposta a pedidos dos agrupamentos de escolas com os quais a CERCIG estabelece protocolo, são realizadas avaliações das capacidades e dificuldades intelectuais dos alunos encaminhados.

Em parceria com a escola, nomeadamente com as professoras de apoio e ensino especial, as crianças dirigem-se às instalações da Instituição, onde decorrem as sessões necessárias ao processo de avaliação psicológica. Desta forma, após entrevista de avaliação psicológica, aplicação de instrumentos de avaliação e sua respectiva cotação e interpretação, procede-se à elaboração dos relatórios clínicos. Estes são efectuados com referência à Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), necessária e exigida pela Escola e pelo Ministério da Educação para identificação dos alunos com reais necessidades de apoio especial, incluindo ainda o preenchimento da respectiva *checklist*.

Para além das crianças externas à Instituição, também as crianças e adolescentes institucionalizados são ocasionalmente avaliados, efectuando-se o processo descrito.

A profissional responsável pelas consultas de Psicologia realiza, para além das avaliações psicológicas, alguns acompanhamentos a crianças e adolescentes externos e outros da própria instituição.

## Plano de Actividades Desenvolvidas

No âmbito do estágio curricular no Hospital Sousa Martins, para além das actividades de avaliação e intervenção psicológicas, objectivo de análise em capítulos posteriores, foram realizadas diversas actividades, algumas sugeridas pela orientadora do local de estágio, outras pela própria estagiária, cujo o plano se apresenta na Tabela 2.

**Tabela 2.** Plano das Actividades Desenvolvidas no Hospital Sousa Martins

<b>Actividades/Tarefas</b>	<b>Destinatários</b>	<b>Data</b>
Integração e Acolhimento no HSM	Funcionários dos serviços de Pediatria e DPSM	15 de Outubro de 2007
Observação das Consultas de Adolescência/ Obesidade	Utentes – crianças e adolescentes	A partir de 18 de Outubro de 2007
Início de Observação das Consultas de Psicologia	Utentes – crianças, adolescentes, adultos e idosos	19 de Outubro de 2007
Panfleto e Cartaz subordinados ao tema: “Perturbações Alimentares”	Público em Geral	15 de Novembro de 2007
Realização de consultas de Psicologia, com supervisão	Utentes - crianças, adolescentes, adultos e idosos	A partir de 21 de Novembro de 2007
Panfleto e Cartaz subordinados ao tema: “Epilepsia”	Público em Geral	13 de Dezembro de 2007
Panfleto e Cartaz subordinados ao tema: “Depressão Infantil”	Público em Geral	10 de Janeiro de 2008
Início de Observação das Consultas de Desenvolvimento	Utentes – crianças e adolescentes	A partir de 14 de Janeiro de 2008
Início da Terapia de Grupo “Aprender a Crescer”	Grupo de crianças com PHDA a frequentar as consultas de Psicologia	De 22 de Janeiro a 20 de Maio com a periodicidade quinzenal
Panfleto e Cartaz subordinados ao tema: “Perturbações da Ansiedade”	Público em Geral	10 de Abril de 2008
Ação de Formação: “Treino de Competências Sociais”	Técnicos e Enfermeiros do DPSM	14 de Abril de 2008
Panfleto subordinado ao tema: “Suicídio na Infância e Adolescência”	Público em Geral	9 de Junho de 2008

Deste conjunto de actividades descritas, destaca-se:

### ***Terapia de Grupo***

No âmbito do trabalho realizado no serviço de Pediatria, surgiu a possibilidade de organizar, formar e implementar um grupo de terapia, direccionado à população infantil. Uma vez que as consultas de psicologia estão repletas de crianças que apresentam a perturbação hiperactiva com défice de atenção (PHDA), pensou-se em promover um trabalho diferente com esta população. Surgiu assim o “Aprender a Crescer”, um programa cuja principal finalidade seria a alteração dos comportamentos desadequados das crianças com PHDA, modificando-os por novas formas de estar, de se relacionarem com os outros e de se sentirem a elas próprias, em suma, a promoção do ajustamento psicológico dos seus participantes. Ambicionava-se portanto um trabalho grupal, que do ponto de vista terapêutico, pretendia promover o desenvolvimento e evolução individual. Isto é, alternar-se entre a dualidade de se trabalhar uma identidade grupal ou colectiva, ao mesmo tempo que se trabalhava a identidade singular.

Procedeu-se então à selecção de possíveis famílias interessadas, cujo os filhos estariam diagnosticados com a referida perturbação. Esta selecção decorreu tendo em atenção a idade das crianças, numa faixa etária compreendida entre os 9 e 11 anos de idade e ainda de acordo com a residência, de forma a não ocorrerem dificuldades de deslocação. Foram contactadas as famílias e marcada uma reunião apenas com os pais, com o intuito de se explicarem os objectivos, finalidade e procedimentos do programa “Aprender a Crescer”, sendo-lhe igualmente facultada toda esta informação em formato de papel (cf. Anexo II).

Inicialmente convocaram-se 9 crianças. Por falta de interesse de alguns pais, a terapia teve início com apenas 7 crianças, das quais 2 eram raparigas e 5 rapazes, com idades compreendidas entre os 9 e 11 anos. A terapia decorreu quinzenalmente, num período que não interferiu com as aulas das crianças, não sendo portanto necessário recorrer a faltas para participarem no grupo.

Os encontros transcorreram de acordo com o programa estipulado inicialmente, recorrendo-se ao uso de materiais diversos (cf. Anexo III), optando-se por momentos calmos, sentados em volta de uma mesa, ou com recurso ao quadro, e também momentos mais movimentados com auxílio de jogos, muitas vezes propostos pelas próprias crianças.

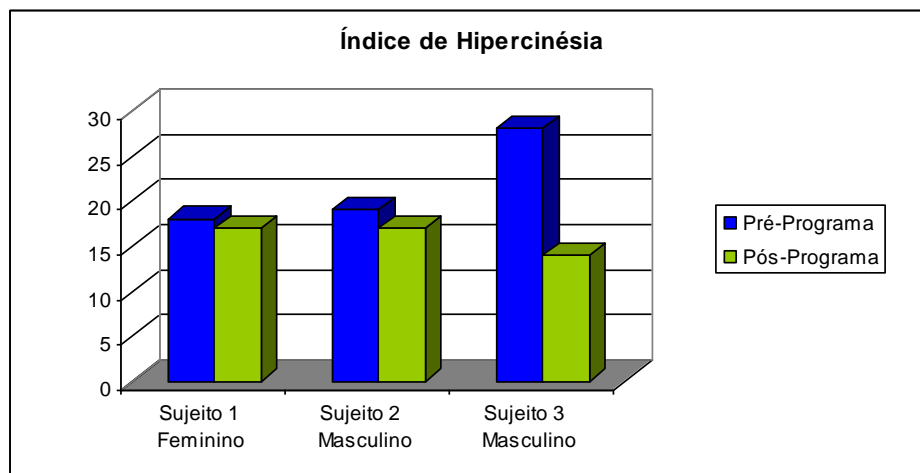
Com o avançar da terapia ocorreram algumas desistências, restando nos últimos encontros apenas 4 das crianças iniciais. Foi elaborada uma folha de registo para cada criança na qual se assinalaram as presenças e comportamentos relevantes em cada sessão. De uma forma geral, as crianças aderiram sempre às actividades propostas ao longo das sessões. Contudo, o programa, devido à sua periodicidade, arrastou-se por

diversos meses. Esta situação, aliada ao facto de se direccionar apenas para as crianças, não envolvendo o trabalho e participação directa dos pais, pode ter levado a alguma desmotivação por parte destes, acabando por se verificarem algumas das desistências.

Ao longo do primeiro e segundo encontro foi pedido aos pais que preenchessem um questionário de *Conners*, versão pais (cf. Anexo XIII), sendo que no último encontro, pediu-se-lhes para preencherem o mesmo questionário. O objectivo era avaliar os comportamentos das crianças antes (pré) e depois (pós) de aplicado o programa, tentando-se assim perceber e identificar eventuais ganhos terapêuticos.

Analisando os resultados das crianças que permaneceram ao longo de todo o programa, através do índice de hipercinésia obtido com o preenchimento do questionário de *Conners* (versão pais) pré e pós implementação do programa, concluiu-se que são significativamente evidentes os ganhos terapêuticos, como se pode observar na figura 1. Foram analisados apenas três das quatro crianças que permanecerem no grupo, visto que a quarta não preencheu o questionário pré-programa.

É importante ter em consideração que o índice de hipercinésia dado pelo questionário de *Conners*, versão para pais, em crianças com idades compreendidas entre os 9 e 11 anos é clinicamente significativo quando alcança valores entre os 11 e 15, nos meninos, e os 9 e 12 nas meninas.



**Figura 1.** Índice de Hiperkinésia de três dos participantes do programa “Aprender a Crescer”, pré-programa (Média=21,6) e pós-programa (Média=16).

Como é possível verificar através da análise da figura, em todas as crianças o índice de hiperkinésia diminuiu após a implementação do programa, indicando desta forma e de acordo com o relato dos pais, diminuição na frequência de comportamentos característicos da perturbação.

Foi igualmente solicitada a avaliação das próprias crianças que expuseram o que consideraram ter corrido melhor e pior ao longo do programa e ainda o que gostariam de ter feito. As respostas variaram desde “gostei de fazer muitos jogos”, “gostei de aprender a vencer o Irre”, “não gostei de fazer fichas”, “gostei de tudo”, “gostava de ter ido para a rua numa das sessões” ou “gostava de ter feito mais brincadeiras”. Opiniões estas favoráveis e que denotam de um modo geral o bom funcionamento da terapia de grupo.

### ***Elaboração e Divulgação de Informação Clínica Relevante***

Ao longo de todo o estágio foram propostos alguns temas relevantes a trabalhar e explorar, de forma a ser promovida e divulgada informação clínica relevante nos serviços onde decorreria o estágio, mas também por outros espaços da instituição. Neste sentido foram realizados panfletos informativos e distribuídos pelas salas de espera dos diversos serviços, bar e recepção e ainda os respectivos cartazes afixados nos painéis informativos em diferentes sectores do Hospital. Os destinatários seriam assim, não só os utentes que frequentavam o serviço de Pediatria, como todos os utentes do Hospital Sousa Martins.

A maioria dos temas foram sugeridos pela profissional de psicologia, que melhor do que ninguém percebe a informação mais útil e relevante, e alguns foram propostos pela estagiária. Os temas trabalhados foram:

- Perturbações Alimentares (cf. Anexo IV)
- Epilepsia (cf. Anexo V)
- Depressão Infantil (cf. Anexo VI)
- Perturbações de Ansiedade (cf. Anexo VII)
- Suicídio na Infância e Adolescência (cf. Anexo VIII)
- Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (cf. Anexo IX)

### ***Acção de Formação***

Fazia parte dos objectivos do presente estágio o desenvolvimento de acções de formação/psicoeducação. Neste sentido, inserido numa semana de eventos promovida pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, foi proposto a realização de uma acção de formação subordinada ao tema “Treino de Competências Sociais”, cujos destinatários seriam os profissionais de enfermagem daquele serviço.

A acção de formação teve lugar no dia 14 de Abril de 2008 e decorreu nas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na presença de alguns dos referidos profissionais (cf. Anexo X).

### ***Reuniões de estágio***

Semanalmente, os estagiários deveriam reunir com os respectivos orientadores a fim de apresentarem e discutirem casos práticos que acompanharam nos respectivos locais de estágio. Foram assim expostos três casos distintos, por nós seguidos no Hospital Sousa Martins (cf. Anexo XI).

Foi elaborado um cartaz ilustrativo do estágio a decorrer no Hospital Sousa Martins (cf. Anexo XII), com o intuito de dar a conhecer aos visitantes, que passaram pelos dias da UBI no presente ano, um pouco mais acerca do local de estágio em si, do funcionamento e actividades aí inseridas.

Para além das actividades expostas, foram propostas pela orientadora do local, um conjunto de outras tarefas/actividades, nomeadamente apresentação de estudos de caso, trabalhos de pesquisa subordinados aos temas “Enquadramento Institucional no Hospital Sousa Martins” e “O Psicólogo Clínico no Hospital Sousa Martins – necessidades e áreas de intervenção” e elaboração de um protocolo de intervenção psicológica com crianças obesas. Estas actividades foram organizadas e entregues à orientadora e ao local de estágio.

## Capítulo II – Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é reconhecidamente uma tarefa básica no exercício da Psicologia (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Trata-se de um conjunto diversificado de métodos, que individualmente permitem o estudo de variáveis de natureza psicológica (Simões, 1994). Assume-se como um processo de extrema complexidade, não se reduzindo a um mero conjunto de etapas, regras, instrumentos e técnicas (Leitão, 2004). A avaliação psicológica é, de acordo com Simões (1994), um processo de resolução de problemas, e consequentemente um processo de julgamento clínico e de tomada de decisões.

Intimamente relacionada com os objectivos inerentes ao Diploma do Psicólogo Europeu, a avaliação psicológica constitui-se como um dos pilares fundamentais do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior. Apresenta-se um quadro (cf. Tabela 3) onde se listam o conjunto de avaliações levadas a cabo ao longo dos diversos meses de estágio, descrevendo-se ainda os respectivos instrumentos utilizados para as referidas avaliações. Ainda no presente capítulo descrever-se-á um dos casos clínicos acompanhados ao longo do estágio curricular, que espelha a adopção e adaptação de técnicas diversas no exercício clínico, particularmente na avaliação psicológica.

### Actividades de Avaliação Psicológica Realizadas

Ao longo dos vários meses de estágio no Hospital Sousa Martins, foram solicitadas inúmeras avaliações psicológicas de diversas crianças e adolescentes, encaminhados pela Pediatra responsável pelas consultas de Desenvolvimento ou a pedido das próprias escolas. Por este motivo, foram vários os pacientes que apenas realizaram avaliações psicológicas, sem um acompanhamento psicológico continuado.

Em seguida, é apresentada uma lista das avaliações psicológicas levadas a cabo pela estagiária, não constando as observações efectuadas, nem as avaliações parcialmente realizadas (quando em fase de treino e em parceria com a orientadora).

**Tabela 3.** Avaliações psicológicas realizadas no âmbito do estágio curricular no Hospital Sousa Martins

Nome	Início da Avaliação	Instrumentos de Avaliação Utilizados
J. C.	02.04.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Standart de Raven (MPSR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Teste da Barragem de Toulouse e Piéron; Provas Pedagógicas; Prova de Análise e Despiste da Dislexia (PADD); Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR).
		Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R);

D. M.	12.05.2008	Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Provas Pedagógicas.
F. P.	07.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Standart de Raven (MPSR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Teste da Barragem de Toulouse e Piéron; Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR).
R. M.	03.03.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Provas Pedagógicas; Questionário de <i>Connors</i> para pais e professores.
F. M.	18.01.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Provas Pedagógicas; Questionário de <i>Connors</i> para pais e professores.
G. S.	07.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough.
B. P.	14.11.2007	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough.
L. V.	27.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Standart de Raven (MPSR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Provas Pedagógicas; Teste da Barragem de Toulouse e Piéron; Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR).
J. V.	27.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough.
P. P.	28.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Standart de Raven (MPSR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Teste da Barragem de Toulouse e Piéron ; Provas Pedagógicas.
F. C.	16.06.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Questionário de <i>Connors</i> para pais e professores.
M. G.	29.05.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Standart de Raven (MPSR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough; Teste da Barragem de Toulouse e Piéron; Provas Pedagógicas; Questionário de <i>Connors</i> para pais e professores.
D. O.	11.06.2008	Entrevista Clínica; Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Teste da Figura Complexa de Rey; Teste da Figura Humana de Goodenough.

## **Caso I**

Como referido anteriormente, no decurso do estágio curricular foram efectuadas diversas avaliações psicológicas, a maioria delas a crianças e adolescentes. Seguidamente ilustrar-se-á uma das avaliações psicopedagógicas realizadas, com a apresentação do respectivo relatório, posteriormente encaminhado para a escola que a criança frequentava.

O presente relatório identifica as áreas fortes e fracas do aluno, enquadrando-o, de acordo com as orientações do Ministério da Educação, por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e à Legislação em vigor na actualidade.

### **I. Identificação**

**Nome:** R.

**Data de Nascimento:** 05/12/1999

**Residência:** Região da Mêda

**Escolaridade:** Frequenta pela terceira vez o 1º ano de escolaridade

### **II. Contextualização do Pedido**

A criança foi encaminhada para a Consulta de Psicologia, pela Pediatra responsável pela Consulta de Desenvolvimento. Esta profissional acompanha o R. desde os seus 5 anos, tendo-lhe diagnosticado a Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção e tendo-o medicando com Ritalina LA desde essa idade. O encaminhamento teve como objectivos a realização de avaliação da criança e respectivas orientações de intervenção, tendo em consideração as dificuldades ao nível escolar apresentadas pelo R., particularmente ao nível da Língua Portuguesa.

A avaliação levada a cabo teve como objectivo perceber as reais dificuldades e capacidades do R., ao nível intelectual/cognitivo, funcional e emocional, isto é, pretendeu-se perceber as eventuais capacidades/potencialidades e dificuldades do aluno, nas diversas áreas, e a sua influência no processo de aprendizagem.

### **III. Procedimentos de Avaliação Utilizados**

- Entrevista Clínica
- Aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R);
- Aplicação das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR);
- Aplicação do Teste da Figura Complexa de Rey;
- Aplicação do Teste da Figura Humana de Goodenough;
- Avaliação de Competências Académicas Básicas (leitura, escrita, ditado, compreensão)

#### IV. Comportamentos Observados

Ao longo das várias consultas realizadas, o R. veio sempre acompanhado pela mãe. Demonstrou ser uma criança comunicativa, ainda que inicialmente tímido, simpático e colaborante. Por vezes evitava o contacto ocular, preferindo observar os vários materiais que o rodeavam ou olhar através da janela. A sua aparência é cuidada. Apesar de raramente se levantar da cadeira, mantinha frequente agitação motora, alternando constantemente de posição, situação esta mais evidente em determinados dias (quando não tinha tomado a medicação – Ritalina LA). Realizava com entusiasmo as várias tarefas propostas, parecia motivado e interessado, todavia, é de denotar diminuta persistência na tarefa, denunciando cansaço e desejando passar à tarefa seguinte. Mantinha um discurso e linguagem coerentes.

#### V. Principais Resultados Obtidos

Após avaliação especializada das capacidades intelectuais/ cognitivas do R., obtiveram-se os seguintes resultados.

*Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-R):* Este instrumento pretende medir a inteligência (QI) nas crianças. Considera como tal, que a inteligência deve ser definida e avaliada por um conjunto de aptidões uma vez que implica uma heterogeneidade de funções. Assim sendo, a escala está dividida em 2 tipos de provas, as verbais e de realização, cada uma das quais com uma série de subtestes correspondentes. Os resultados obtidos pelo R. enquadram-se, de uma forma geral, na média, comparativamente com as crianças da sua idade. Ou seja, apesar de ser evidente uma certa discrepância nos resultados dos diferentes subtestes, a criança possui uma **capacidade intelectual média**.

Analisando as provas verbais, o R. obteve valores inferiores aos de realização, embora enquadrados na média esperada para crianças com a sua idade. O subteste em que alcançou resultados mais baixos (inferiores à média dos obtidos pelas crianças com a mesma idade) foi *Memória de Dígitos* (prova relacionada com a memória auditiva imediata e muito influenciada negativamente por factores como a ansiedade e falta de atenção/concentração). Quanto aos restantes subtestes que compõe as provas verbais, o R. obteve resultados medianos, nomeadamente no subteste de *Informação* (indica o conhecimento geral e factual do mundo, relacionado com as aprendizagens escolares), *Semelhanças* (informa acerca do pensamento lógico-abstracto), *Aritmética* (indica a capacidade de operacionalizar conceitos numéricos básicos e de resolução de problemas), *Vocabulário* (relacionado com o conhecimento do léxico e desenvolvimento da linguagem) e de *Compreensão* (capacidade de verbalização).

Relativamente às provas de realização, onde o R. conseguiu o seu melhor desempenho, é de salientar o subteste *Complemento de Gravuras* (relacionado com a memória e a atenção visual) e *Labirintos* (evidencia competências de planificação), alcançando valores superiores à média dos obtidos pelas crianças com a idade desta criança. Todavia, no subteste *Disposição de Gravuras* (avalia a competência para sequenciar e antecipar consequências das situações sociais) o R. alcançou valores ligeiramente inferiores à média. Relativamente aos restantes subtestes que compõem as provas de realização, os resultados obtidos pela criança enquadram-se na média. São eles o subteste *Cubos* (indica o raciocínio não verbal e a capacidade de visualização espacial), *Composição de Objectos* (evidencia a flexibilidade e capacidade de antecipação da relação parte/todo) e *Código* (indica a rapidez psicomotora através da utilização de papel e lápis e ainda a capacidade para seguir instruções).

Em suma, através da elaboração destas provas, podem ser identificados alguns pontos fortes e pontos fracos no desempenho do R.. Os *pontos fortes*: memória visual, atenção visual e competência de planificação. Quanto aos *pontos fracos*: sequenciamento e antecipação de consequências.

*Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)*: Evidencia que a capacidade de raciocínio abstracto do R. se enquadra nos valores médios para as crianças com a sua idade (Percentil 53, Grau III).

*Teste da Figura Complexa de Rey*: Esta prova avalia habilidades visuo-espaciais e construtivas (planeamento, organização, funções visuais e motoras) e ainda memória episódica visual. O R. apresentou nível superior de elaboração perceptiva (Percentil 60). Relativamente à capacidade de memória visuo-perceptiva, a criança apresentou um resultado ainda mais satisfatório (Percentil 80).

*Teste da Figura Humana de Goodenough*: A partir do qual se pode estimar a Idade Mental ou Maturidade da criança. Os resultados apontam para uma idade mental de cerca de 7 anos e meio.

*Competências Académicas Básicas*:

**Escrita**: - Fraca qualidade da letra e má organização; erros de escrita indicadores de falhas na codificação da informação visual, impulsividade / défice de atenção e consequência de uma percepção pessoal de incapacidade para as tarefas de escrita. Verificam-se adições (“felauta” em vez de flauta) omissões (ex. “modado” em vez de moldado; “aguidares” em vez de alguidares), substituições (ex.: “sunolenta” em vez de sonolenta, “emquanto” em vez de

enquanto; “i” em vez de e), confusões (ex.: “emgosca” em vez de enrrosca), erros de individualização/identificação (ex.: “Asnoites” em vez de As noites, “paradormir” em vez de para dormir, “asgalinhas” em vez de as galinhas).

**Leitura:** Lê com alguma lentidão, efectua leitura silábica, usa pouca expressividade, não cumpre as pontuações, lê em “texto corrido”.

**Compreensão:** Apesar de apresentar dificuldades em reproduzir a informação global do texto que acaba de ler, consegue responder correctamente à maioria das questões colocadas.

## VI. Principais Conclusões

Ao longo das consultas realizadas, o R. encontrava-se consciente e orientado no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente. Mantinha uma aparência cuidada e adequada para a sua idade e condição sócio-económica. Parecia compreender com facilidade o que lhe era perguntado e dirigido, não apresentando confusões ou dificuldades de memória nem de pensamento.

Através dos resultados obtidos é possível afirmar que o R. apresenta uma capacidade intelectual média. De salientar particularmente a sua capacidade de memorização visual e perceptiva, onde alcançou resultados superiores.

Estes dados sugerem que a criança apresenta um nível cognitivo adequado que lhe permite a aquisição de novas aprendizagens. Todavia, este processo poderá estar a ser negativamente afectado por determinadas características comportamentais que mantém. Ou seja, a sua frequente falta de atenção/concentração podem dificultar a recepção da informação, uma vez que, se a criança não está atenta no momento em que algo é ensinado, naturalmente é-lhe difícil adquirir esses conhecimentos. Assim sendo, pensa-se que as suas dificuldades escolares poderão estar relacionadas não com défices cognitivos, mas sim com dificuldades na recepção das aprendizagens, aspecto este negativamente influenciado pelo défice de atenção.

Um outro aspecto que poderá contribuir para desempenhos/resultados escolares pouco satisfatórios relaciona-se com a falta de persistência da criança nas tarefas. Isto é, uma vez que o R. anseia por alternar constantemente de actividades, acaba por não despende o tempo necessário para a concentração e empenho adequados à realização de algumas das tarefas, podendo desta forma, contribuir para desempenhos inferiores àqueles que efectivamente tem capacidades para alcançar.

O R. apresentou dificuldades significativas nas provas pedagógicas (leitura e particularmente escrita). Parece preferir outras áreas curriculares, acabando mesmo por evitar e/ou realizar estas actividades com desagrado. Esta aparente desmotivação da criança, parece estar relacionada com as dificuldades evidentes no seu desempenho.

Sente-se à partida menos eficaz, acabando por preferir não realizar este tipo de tarefas, evitando assim confrontar-se com o provável insucesso que perspectiva. Por sua vez, a falta de treino e/ou empenho depositado na realização das mesmas, pode efectivamente contribuir para o seu insucesso, comprovando assim o fracasso anteriormente perspectivado e receado pelo R.. Instala-se desta forma uma espécie de ciclo vicioso com constantes evitamentos na realização de tarefas de leitura e escrita, acabando por dificultar o seu treino e melhoramento.

Analisando globalmente o caso do R., é notória a influência negativa que a PHDA apresentada pelo aluno tem ao nível das suas competências académicas. A criança parece claramente prejudicada pelo défice de atenção quer na aquisição de novas aprendizagens, quer na aplicação/utilização das aprendizagens que já possui. Secundariamente estas dificuldades acabam por comprometer desempenhos específicos como é o caso da leitura e escrita. Neste sentido, não só o aluno vê condicionada a sua capacidade de recepção de informação como, em tarefa, parece não ter capacidade de reflectir e ponderar o seu desempenho, errando sistematicamente pela falta de auto-análise, auto-controlo e sobretudo de atenção.

Assim, pela importância das dificuldades que apresenta, R. beneficiaria do apoio continuado da professora de apoio nomeadamente em Língua Portuguesa, para que assim, consiga progredir e passar a acompanhar os conteúdos programáticos estabelecidos para cada ano lectivo.

## VII. Enquadramento

<b>Tomada de Decisão</b>
--------------------------

### 1.1. Necessidade de Educação Especial (assinale com uma cruz)

a) Não se confirma a necessidade de intervenção especializada em Educação Especial

b) Confirma-se a necessidade de intervenção especializada em Educação Especial

- Se assinalou a opção a) encaminhar para os apoios disponibilizados pela escola que melhor se adequem à sua especificidade, nomeadamente Despacho 50/2005.
- Se assinalou a opção b) identifique e fundamente a intervenção especializada de educação especial – DL 3/2008, nomeadamente medidas e recursos.

As dificuldades enumeradas, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, parecem comprometer assim uma escolarização melhor sucedida,

pelo que se sugere a aplicação das seguintes medidas de acordo com o Dec. Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, este caso beneficiaria de:

- a) Apoio pedagógico personalizado em especial ao nível da Língua Portuguesa e outras línguas;
- b) Adequações curriculares individuais;
- c) Adequações no processo de avaliação;
- d) Acompanhamento psicológico regular.

Aconselha-se a reavaliação psicológica do R., dentro de aproximadamente um ano.

### **VIII. Orientações Gerais**

Com o intuito de facilitar e melhorar a situação escolar do R., seguem-se algumas sugestões:

- Pelas suas características, a criança necessita de particular atenção e dedicação da professora, sendo importante colocá-lo numa mesa próxima desta;
- Ter particular atenção no ensino de novas aprendizagens, garantir que a criança está receptiva e com a atenção/concentração necessárias;
- Optar por proporcionar novas aprendizagens, com recurso a ajudas visuais, através de actividades lúdicas, que impliquem dinamismo;
- Certificar-se de que, de facto a criança adquiriu os novos conhecimentos leccionados;
- Beneficiaria igualmente da divisão de tarefas, recomendando-se para tal, pausas frequentes, alternância de tarefas, não permanecendo exageradamente nas mesmas ou no mesmo tipo de funções;
- Tendo em conta as limitações derivadas da PHDA, particularmente o défice de atenção, são aconselháveis possíveis adaptações ou encurtamentos das provas e condições de avaliação;
- Motivar a criança para as aprendizagens e tarefas escolares, nomeadamente a escrita, possibilitando e favorecendo aí o seu sucesso;
- Fomentar e proporcionar a motivação para a realização das tarefas que menos agradam ao R., tornando-as mais atractivas;
- Incentivar e proporcionar o treino particularmente da escrita, não só em contexto escolar, como também familiar;
- Os pequenos progressos devem ser recompensados e reconhecidos, optando-se assim pelo reforço positivo.

## IX. Checklist

## CHECKLIST – FUNÇÕES DO CORPO

Nota: Assinale com uma (x), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores: **0** – Nenhuma deficiência; **1** – Deficiência ligeira, **2** – Deficiência moderada; **3** – Deficiência grave; **4** – Deficiência completa; **8** – Não especificada; **9** – Não aplicável

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
<b>Capítulo 1 – Funções Mentais</b>							
(Funções Mentais Globais)							
<b>b110</b> Funções da consciência							
<b>b114</b> Funções da orientação no espaço e no tempo							
<b>b117</b> Funções intelectuais							
<b>b122</b> Funções psicossociais globais							
<b>b126</b> Funções do temperamento e da personalidade		X					
<b>b134</b> Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
<b>b140</b> Funções da atenção				X			
<b>b144</b> Funções da memória		X					
<b>b147</b> Funções psicomotoras							
<b>b152</b> Funções emocionais		X					
<b>b156</b> Funções da percepção							
<b>b164</b> Funções cognitivas de nível superior		X					
<b>b167</b> Funções mentais da linguagem			X				
<b>b172</b> Funções do cálculo							
<b>Capítulo 2 – Funções Sensoriais e dor</b>							
<b>b210</b> Funções da visão		X					
<b>b215</b> Funções dos anexos do olho							
<b>b230</b> Funções auditivas							
<b>b235</b> Funções vestibulares							
<b>b250</b> Função gustativa							
<b>b255</b> Função olfactiva							
<b>b260</b> Função proprioceptiva							
<b>b265</b> Função táctil							
<b>b280</b> Sensação de dor							
<b>Capítulo 3 – Funções da voz e da fala</b>							
<b>b310</b> Funções da voz							
<b>b320</b> Funções de articulação							
<b>b330</b> Funções da fluência e do ritmo da fala							
<b>Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório</b>							
<b>b410</b> Funções cardíacas							
<b>b420</b> Funções de pressão arterial							
<b>b429</b> Funções cardiovasculares não especificadas							
<b>b430</b> Funções do sistema hematológico							
<b>b435</b> Funções do sistema imunológico							
<b>b440</b> Funções da respiração							
<b>Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino</b>							
<b>b515</b> Funções digestivas							
<b>b525</b> Funções de defecção							

<b>b530</b>	Funções de manutenção do peso							
<b>b555</b>	Funções das glândulas endócrinas							
<b>Capítulo 6 – Funções genitourinárias e reprodutivas</b>								
<b>b620</b>	Funções miccionais							
<b>Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movi.</b>								
<b>b710</b>	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações							
<b>b715</b>	Estabilidade das funções das articulações							
<b>b730</b>	Funções relacionadas com a força muscular							
<b>b735</b>	funções relacionadas com o tónus muscular							
<b>b740</b>	Funções relacionadas com a resistência muscular							
<b>b750</b>	Funções relacionadas com reflexos motores							
<b>b755</b>	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias							
<b>b760</b>	Funções relacionadas com o controle do mov. voluntário							
<b>b765</b>	Funções relacionadas com o controle do mov. involuntário							
<b>b770</b>	Funções relacionadas com o padrão de marcha							
<b>b780</b>	Funções relacionadas com os músculos e funções do mov.							
<b>Outras funções corporais a considerar</b>								

## X. Comentário Teórico

*“Os testes psicológicos são ferramentas. (...) Qualquer ferramenta pode ser usada para o bem ou para o mal, dependendo de como é utilizada.”*

(Anastasi & Urbina, 2000, p.17).

A Avaliação Psicológica é actualmente uma tarefa fundamental em diferentes áreas profissionais da psicologia (Almeida, Simões, Machado & Gonçalves, s.d.). Importa neste contexto perceber o seu aparecimento e evolução ao longo do tempo.

O surgimento dos testes psicológicos teve por base a necessidade de medir por um lado as diferenças entre indivíduos e por outro as reacções do mesmo indivíduo mas em diferentes circunstâncias (Anastasi & Urbina, 2000).

Foi igualmente com o intuito de dar respostas às necessidades sociais de explicação do comportamento humano e dos grupos, bem como a questões de ordem prática, que surgiram os primeiros esforços e teorias da avaliação da inteligência (Almeida, 1994). Foram vários os nomes de estudiosos que se dedicaram e deram os seus contributos quer na definição e designação do conceito de inteligência, quer nos métodos e procedimentos para a sua avaliação (Anastasi & Urbina, 2000).

As diversas concepções de inteligência que foram surgindo ao longo do tempo, são habitualmente agrupadas em três grandes correntes, a abordagem factorial, a abordagem desenvolvimentalista e a abordagem cognitivista (Cavalieri & Soares, 2007). A evolução do conceito relaciona-se essencialmente com a passagem progressiva da identificação da inteligência como os traços internos ou aptidões, passando a ser percebida através dos processos mentais, medidos por meio de testes (Almeida, 1994). Mais tarde, como continua o autor, o foco passou para o funcionamento da inteligência e para formas mais globais e

contextualizadas de avaliação. Assim, o autor menciona que mais do que os produtos ou resultados nos testes, ou seja, as manifestações da inteligência, importa perceber o seu percurso, a sua natureza, a inteligência na sua prática.

Nos últimos 50 anos, o termo inteligência tem vindo a assumir distintas e variadas concepções (Amaral, 2007), todavia, apesar das várias e diversificadas definições, teorias e abordagens, não existe uma definição unificadora do conceito inteligência (Cavaliere & Soares, 2007). Apesar dos primeiros esforços se terem concentrado na definição e conceptualização da inteligência, muitos foram os estudiosos que se aventuraram na sua medição e avaliação, tarefa esta difícil, quando a definição do próprio conceito base é controversa (Falqueto, Lima, Borges & Barreto, 2001). Porém, há que destacar os trabalhos levados a cabo por Binet e seus colaboradores que se dedicaram activa e engenhosamente em formas de medir a inteligência (Kaufman & Lichtenberger, 2004). Binet concebeu, juntamente com Simon, um instrumento que consistia num conjunto de tarefas breves, relacionadas com problemas da vida quotidiana, e que implicavam certos procedimentos racionais básicos (Maia & Fonseca, 2002). Estes tinham como principais objectivos a identificação de alunos com problemas de aprendizagem, as suas causas e também a elaboração de propostas para a melhoria na aquisição de conhecimentos (Santos, Matos, Coelho, Borges & Mol, 2007). Foi precisamente com o intuito de perceber as reais dificuldades do R., que se procedeu à avaliação psicológica do aluno, identificando e justificando a eventual necessidade de apoios educativos. Pretendia-se igualmente a identificação de linhas orientadoras quanto a metodologias educativas concretas, a fim de ajudarem este aluno de forma mais assertiva e objectiva, tendo em vista as suas dificuldades.

Como relatam Anastasi e Urbina (2000), o número de testes e escalas foi crescendo, assim como a necessidade de conceber uma medida padronizada para diagnosticar e classificar pessoas mentalmente retardadas. Depressa a avaliação de crianças se estendeu para a avaliação em adultos, com fins militares, incumbidos pelo precipitar da 1ª Guerra Mundial (Kaufman & Lichtenberger, 2004).

Terman e seus colaboradores começaram a estabelecer a razão entre a idade mental e a idade cronológica, traduzida então pelo conceito de Quociente de Inteligência (QI) (Anastasi & Urbina, 2000). Alguns educadores e psicólogos começaram a considerar os testes como um potencial para avaliar e comparar pessoas (Santos *et al*, 2007), uma vez que se trata de uma forma sistemática e quantitativa de descrever o comportamento (Sergeant & Taylor, 2002). Apesar das prontas críticas feitas quer aos trabalhos de Binet e Simon, quer à conceptualização do QI (Falqueto, Lima, Borges & Barreto, 2001; Amaral, 2007), a ideia foi progressivamente aceite pela comunidade científica, com particular entusiasmo pelos instrumentos e testes de inteligência (Santos *et al*, 2007; Fernandes &

Bührer, 2005). Durante muito tempo, o mundo viveu uma verdadeira obsessão por testes, para medir o quociente de inteligência, baseados na compreensão e manipulação de símbolos matemáticos e linguísticos (Detoni, 2001).

Contemporaneamente, os testes podem ser altamente estandardizados ou concebidos para um problema em concreto (Sergeant & Taylor, 2002). Como mencionam Maia e Fonseca (2002), a maioria dos testes padronizados actuais, que visam a mensuração da inteligência, baseiam-se num conjunto de tarefas, verbais ou não-verbais, nas quais são exigidos tipos particulares de comportamentos, ou seja, de determinadas respostas diante de situações-problemas, permitindo assim verificar as habilidades e os tipos de relações que o indivíduo é capaz de estabelecer com o meio. O resultado deste tipo de testes, ainda que usualmente limitados aos seus valores, rótulos e classificações de inteligência (Santos *et al*, 2007) é, na verdade, uma amostra comportamental perante um conjunto de tarefas, influenciável por situações ambientais diversas (*e.g.* história de vida, aprendizagens anteriores, habilidades académicas) (Maia & Fonseca, 2002). É deste modo que se pretende perceber a avaliação psicológica do R., como uma amostra comportamental.

Actualmente, os instrumentos de medição da inteligência, podem avaliar o quociente de inteligência (QI) ou a inteligência geral (factor g) (Almeida, 1994). Segundo este autor podem assim ser considerados dois grupos de testes: os que avaliam a inteligência compósita a partir de diversas funções cognitivas associadas a actividades quotidianas do sujeito; e os que consideram uma inteligência genérica, mais associada à capacidade de apreender e aplicar relações, não envolvendo portanto experiências culturais ou conhecimentos escolares. Pode ainda seguir-se uma outra nomenclatura, considerando a avaliação de uma inteligência mais verbal, prática ou abstracta.

Sadock e Sadock (2007) e também Noffs, Yazigi, Pascalicchio, Caboclo e Yacubian (2006), mencionam que o melhor, mais recomendado e utilizado teste de inteligência padronizado na prática clínica actual é a Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). Trata-se de uma escala concebida por David Wechsler no ano de 1939, inicialmente direccionada para pessoas dos 16 aos 86 anos de idade, visando portanto a avaliação da inteligência no adulto (Groth-Marnat, Gallagher, Hale & Kaplan, 2000). Para Wechsler, a inteligência implica uma heterogeneidade de funções, defende que ela deve ser definida e avaliada por um conjunto de aptidões como sendo o raciocínio, a representação espacial, o emparelhamento perceptivo, a memória a curto prazo e a evocação e aplicação de conhecimentos (Kaufman & Lichtenberger, 2004). Como referem os autores mencionados, este instrumento não se baseou numa fundamentação teórica concreta (apesar de alguma influência da teoria do factor g de Sperman), mas sim num ponto de vista mais prático e clínico.

Em 1949 surge a primeira Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, a WISC, versão esta com claras influências descendentes da escala para adultos (Groth-Marnat, Gallagher, Hale & Kaplan, 2000). A concepção da WISC, foi ainda influenciada por um outro instrumento, a versão II da Wechsler-Belleveu (para utilização exclusiva das forças armadas americanas no seguimento da 2ª Guerra Mundial), vista como sua antecessora, facultando a maior parte dos subtestes e dos itens que viriam a constituir a WISC (Wechsler, 2003). Para a avaliação psicológica do R. recorreu-se também à utilização desta metodologia. Mais tarde, em 1967 surge uma nova escala para crianças em idade pré-escolar, a Escala de Inteligência Pré-escolar e primária Wechsler (WPPSI) abrangendo portanto o intervalo dos 4 aos 6 anos e meio (Anastasi & Urbina, 2000).

As investigações no âmbito dos testes de inteligência, têm demonstrado que as normas produzidas com estes testes têm tendência a tornar-se obsoletas, ao longo do tempo (Wechsler, 2003; Wechsler, 2001a), sendo imperioso o desenvolvimento de edições revistas das mesmas (Anastasi & Urbina, 2000). Actualmente, as três escalas de Wechsler já passaram por duas ou mais revisões (Wechsler, 2001b), como se pode observar na figura 2. Em Portugal, a primeira escala de Wechsler a ser adaptada e aferida para a população portuguesa foi a WISC (Wechsler, 2003).

<b>Escalas para Adultos</b>	<b>Escalas para Crianças</b>	
Wechsler-Belleveu (1939)	WISC (1949)	WPPSI (1967)
WAIS (1955)	WISC-R (1974)	WPPSI-R (1989)
WAIS-R (1981)	WISC-III (1991)	
WAIS-III (1997)		

**Figura 2.** – Cronologia do Desenvolvimento das Escalas de Wechsler. Baseado em Groth-Marnat, Gallagher, Hale & Kaplan, 2000, pp. 130.

WAIS, WISC e WPPSI partilham inúmeras características, nomeadamente a sua organização básica em escalas verbais e de desempenho, sendo que alguns dos subtestes que as compõem são comuns (Anastasi & Urbina, 2000).

De facto, os testes de inteligência vieram dar resposta a uma série de necessidades, nomeadamente a identificação de crianças aptas para uma escolarização normal, das não aptas (Almeida, 1994).

Actualmente, aquando da avaliação psicológica e enquadramento de alunos com dificuldades de aprendizagem (Necessidades Educativas Especiais), e com o intuito de se uniformizar o tipo de dificuldades/deficiências específicas destes alunos, tem-se adaptado um tipo de nomenclatura particular, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, mais comumente designada por CIF (Farias & Buchalla, 2005). É cada vez mais frequente a utilização deste tipo de classificação que pretende substituir o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva (Bruyere,

VanLooy & Peterson, 2005). Representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para a avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (Farias & Buchalla, 2005). Desta forma, como referem os autores, este tipo de classificação tem vindo a ser incorporada e utilizada em diversos sectores da saúde e equipas multidisciplinares.

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e sectores diferentes e de um modo geral tem como objectivos (OMS, 2003):

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

## **XI. Comentário Pessoal**

Habitam em cada criança inúmeras histórias, sonhos, fantasias. Moram também receios, medos e desassossegos. Conseguir aceder a estas particularidades numa criança, é uma conquista maravilhosa. Perceber que aquela criança tímida, reservada e receosa, é afinal um “bicho-carpinteiro”, desejoso de brincadeira e conseguir levá-la a desvendar essa sua faceta, sem medos nem receios, deixa-nos empolgados, cheios de orgulho. Foi este o processo com o qual me deparei ao longo do acompanhamento do R.. Inicialmente uma criança cheia de desassossegos, mas que se foi revelando afinal uma criança como as outras, sonhadora, um “bichinho-carpinteiro”, com muito por brincar!

### **Capítulo III – Intervenção Psicológica**

Após um processo inicial de avaliação, segue-se a intervenção propriamente dita, também designada de tratamento ou programa com o qual se deseja alcançar uma série de objectivos propostos (Fernandez-Ballesteros, 2004).

Também a fase da intervenção é tida como um dos pilares fundamentais do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior. Segue-se um capítulo dedicado à apresentação de alguns dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular.

Neste capítulo é apresentada a listagem de casos acompanhados ao longo do estágio curricular (cf. Tabela 4), onde é descrito o diagnóstico e a fase de intervenção de cada caso.

Seguidamente, ainda no presente capítulo, descrevem-se dois casos clínicos em particular, que ilustram o delinear e a implementação de possíveis programas de intervenção.

**Tabela 4.** Síntese dos Casos Clínicos Acompanhados no Hospital Sousa Martins

<b>Nome</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Data da 1ª Consulta</b>	<b>Encaminhamento</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Fase do tratamento</b>
A. C.	08.08.1997	05.03.2008	Consulta de Desenvolvimento	Enurese (307.6)	Em seguimento
B. A.	10.03.1994	21.11.2007	Consulta de Desenvolvimento	Não definido	<i>Follow-up</i>
C. P.	11.03.1995	23.01.2008	Consulta de Desenvolvimento	Não definido	<i>Follow-up</i>
C. G.	03.09.1993	07.04.2008	Consulta de Desenvolvimento	Não definido	Em seguimento
J. C.	22.04.1994	19.02.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Dislexia (315.2)	Em seguimento
S. N.		23.04.2008	Internamento de Pediatria	Não definido	<i>Drop-out</i>
R. P.	12.07.1992	16.04.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	Em seguimento
A. S.	12.07.1985	17.04.2008	Consulta externa de Psiquiatria	Depressão Distímica (300.4)	Em seguimento
D. A.	11.04.2001	30.04.2008	Consulta de Desenvolvimento	Enurese (307.6)	Em seguimento
B. F.		18.04.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	<i>Drop-out</i>
M. J.	01.07.1992	01.02.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	<i>Follow-up</i>
E. B.	07.05.1996	29.11.2007	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	<i>Drop-out</i>
K. R.	18.11.2000	13.03.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Encoprese (787.6)	Em seguimento
R. D.	22.10.1998	26.02.2008	Consulta de Pediatria	Terroses Nocturnos	<i>Follow-up</i>
R. P.	27.05.1999	23.04.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	Em seguimento
D. M.	25.07.1998		Consulta de Psicologia	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	Em seguimento
B. X.	28.04.1998	03.03.2008	Urgência Pediátrica do HSM	Perturbação de Pânico sem	<i>Follow-up</i>

				Agorafobia (300.01)	
B. C.	21.08.1998	25.02.2008	Médico de Família	Não definido	Em seguimento
F. M.	04.03.1994	28.03.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	Em seguimento
M. A.	14.01.1993	16.01.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade	Não definido	<i>Follow-up</i>
F. P.	10.03.1996	12.02.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	Em seguimento
D. F.	15.12.1996	16.04.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	Em seguimento
L. C.	18.11.1994	10.03.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade		<i>Follow-up</i>
R. M.	05.12.1999	16.01.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	Em seguimento
F. M.	13.04.1996	10.12.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	<i>Drop-out</i>
C. T.	16.05.1991	20.12.2007	Internamento de Psiquiatria	Fobia social (300.23)	Em seguimento
P. M.	03.08.1995	06.06.2008	Centro de Saúde de Pinhel	Não definido	Em seguimento
C. S.		19.02.2008		Não definido	<i>Drop-out</i>
G. S.	26.07.1997	04.03.2008	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01) e Enurese (307.6)	<i>Drop-out</i>
B. P.		19.10.2007	Consulta de Desenvolvimento	Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)	<i>Follow-up</i>
J. S.	13.10.1997	28.03.2008	Consulta de Adolescência/Obesidade		Em seguimento

## Caso Clínico 2

### I. Identificação

**Nome:** R.P.

**Quadro clínico:** Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (314.01)

**Início do acompanhamento:** 23 de Abril de 2008

**Local:** Hospital Sousa Martins

**Terapeuta:** Dra. Marta Capelo

**Co-terapeuta:** Sara Terras

**Fase do tratamento:** Em seguimento

### II. Dados Biográficos

R.P. é uma criança com 9 anos de idade, e o filho mais novo duma família constituída pela mãe, pai e irmã. C., a sua mãe, tem 33 anos de idade e é operária fabril, estando actualmente e há já cerca de um ano de baixa, por motivos de saúde. O seu pai, C., igualmente com 33 anos, é técnico de informática, servindo em casamentos esporadicamente. O agregado familiar é ainda composto pela S., a sua irmã mais velha, com 13 anos de idade a frequentar o 8º ano. A família reside num dos bairros da cidade, sendo que o R.P. estuda actualmente numa escola perto de sua casa. A criança frequenta presentemente o 3º ano de escolaridade, nunca tendo sido retido.

### III. Motivo da Consulta

A criança foi encaminhada para as consultas de Psicologia, pela Pediatra responsável pela consulta de Desenvolvimento. Esta profissional havia-lhe diagnosticado a PHDA e medicado com *Ritalina LA*, desde Janeiro do presente ano. No pedido de consulta refere ainda agressividade. A pediatra do jovem pede acompanhamento psicológico e orientação parental.

### IV. Dificuldades Actuais

O R.P. veio habitualmente acompanhado pela mãe, à excepção da última consulta em que foi solicitada a presença do pai e ambos participaram. Encontrava-se consciente e orientado no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente. Aparentemente uma criança bem disposta e sorridente colaborava sempre com o que lhe era perguntado e pedido. O R.P. mantinha um discurso fluente e elaborado, falava constantemente, chegando mesmo a responder pela mãe a perguntas que eram dirigidas a esta. Respondia de imediato e às vezes sem terminada a pergunta, interrompia frequentemente a conversa, vendo-se a mãe muitas vezes obrigada a mandá-lo calar para poder ser ela a explicar determinados

assuntos, dizendo-lhe “R.P. já chega, cala-te um bocadinho” (cit.). Dava respostas longas e por vezes, para responder a uma questão, fazia descrições extremamente pormenorizadas, a título de exemplo, num determinado momento da consulta foi-lhe perguntado em que zona da sala de aula habitualmente se sentava. Para responder a esta questão, o R.P. fez uma descrição completa da disposição da sua sala de aula, das carteiras e dos lugares de cada um dos colegas.

Ao longo das diversas consultas, o R.P. permanecia sentado no seu lugar, contudo, mexia constantemente as mãos, agarrando e explorando sistematicamente os materiais que estavam ao seu alcance, na secretária. A criança mantinha bom contacto ocular e, parecia bastante atento/concentrado e motivado ao longo das consultas, encarando-as com grande seriedade.

A mãe referiu que o R.P. tem andado muito desobediente, “quando lhe recusamos comprar alguma coisa ele fica muito nervoso, bate com as coisas, fica enervado” (cit.). Menciona que a criança pede constantemente que lhe comprem coisas, “a pior dificuldade dele é não saber aceitar um não” (cit.), “Quando pede algo e não é possível comprar, ele fica muito irritado, amua, chora muitas vezes” (cit.). Também para o pai, esta é a principal dificuldade da criança, não aceitar um “não”. Quando questionado, o R.P. reconhece que se porta mal em casa, argumentando “eu não me consigo controlar” (cit.), “às vezes quero parar, mas não consigo parar de falar nem de fazer coisas!” (cit.).

O pai faz a clara distinção a partir do momento em que o filho iniciou a medicação. Como refere, a princípio, reagia com agressividade verbal, ficava enervado e irritado, contudo, a partir do momento em que passou a tomar a medicação, menciona que o R.P. “anda mais sensível”, passou a chorar com frequência, não apresentando a agressividade e irritabilidade de antes. Habitualmente, como ambos confirmaram, sempre que o filho entra numa loja têm que lhe comprar algo. Inicialmente, quando na idade pré-escolar, o R.P. começou por ter uma atracção por carrinhos de brincar, como explica o pai “ele andava sempre a pedir carrinhos e passava o tempo a brincar com eles” (cit.). Por este motivo diz “a princípio achávamos graça e íamos comprando os carrinhos que pedia, mas começou a pedir cada vez mais e a partir dum momento já não eram só carrinhos, tinha-se alastrado a tudo” (cit.). Descreve que sensivelmente na altura em que entrou para a escola primária começou a pedir materiais escolares, mas que muitas vezes não precisava, actualmente como menciona o pai “pede tudo e mais alguma coisa” (cit.).

Com base na informação relatada pela mãe, o R.P. manifesta-se, por vezes agressivo verbalmente, para com a irmã, avó paterna e principalmente para com a própria mãe. Refere que “quando fica enervado, como não me pode bater a mim, vinga-se na irmã.”, “com a avó também fala mal, e ela que tem tanta paciência para ele, brincam juntos” (cit.). A mãe tem historial de depressão, “por vezes tenho momentos em que me sinto mais em

baixo” (cit.), descrevendo que o R.P. se apercebe e aproveita estas alturas para a provocar “chama-me madrasta, gorda, principalmente quando estou mais em baixo” (cit.). Ao longo das consultas a mãe referia com frequência “eu já não sei o que fazer mais, eu faço tanto esforço para o agradar, faço sacrifícios para o poder satisfazer ... já não sei o que fazer mais!” (cit.). Acrescenta que “antes não era assim, ultimamente é que se tornou assim” (cit.).

De acordo com os pai, o R.P. parece ter muitos ciúmes da irmã, segundo eles, sem razão. A mãe menciona que ele é beneficiado em tudo, os avós maternos fazem-lhe as vontades todas, ao passo que com a irmã nem sempre acontece. Refere que “quando a irmã tem que ir para o computador trabalhar, ele quer logo ir para lá também jogar os jogos dele” (cit.), “se compro alguma coisinha à irmã, atira-me isso à cara” (cit.), “eu até acho que quem tem razão para receber apoio é a minha filha mais velha, ela é que tem motivos” (cit.). Justifica a afirmação dizendo que a irmã muitas vezes anda atarefada com os trabalhos da escola e mesmo assim tem que tolerar e ter paciência para o irmão, para além das tarefas domésticas que tem de efectuar quando a mãe anda mais doente. Relata ainda que a irmã protege muito o R.P., evitando expor determinadas situações em que o irmão se porta mal, ou a trata mal, como justifica “não faz queixinhas, ao contrário do R.P.” (cit.). O pai explicou ainda que por vezes, quando compram alguma coisa ao R.P., este vai de imediato exhibir o novo objecto à irmã, com o intuito de a provocar e despertar inveja.

Uma outra situação que parece desagradar principalmente à mãe, é o facto do R.P. se deitar e adormecer todas as noites na cama dos pais. Ela explica que muitas vezes vai para lá ver televisão ou fazer qualquer coisa com o pai no computador, e acaba por adormecer, sendo depois necessário levá-lo para o quarto dele. O R.P. justifica-se dizendo que a cama dos pais é mais fofinha e melhor do que a dele.

O questionário de *Conners*, forma abreviada (cf. Anexo XIII) havia já sido solicitado pela pediatra do R.P.. Os resultados apontam, na versão para os pais, que a criança se enquadra nos parâmetros indicadores de existência de patologia associada a PHDA, obtendo um índice de hipercinésia elevado (de 18, sendo que a média mais 2 desvios padrão é de 16). Na versão para a professora, pontua um índice de hipercinésia no limite do considerado indicador de PHDA (17, sendo que a média mais 2 desvios padrão é de 18). Estes resultados sugerem assim que se faça uma avaliação e estudo em profundidade, visto que possivelmente a criança apresenta PHDA.

Foi igualmente solicitado ao R.P. para que desenhasse a sua família (cf. Anexo XIV). A criança começou por se desenhar a si, seguindo-se o pai, irmã e por fim a mãe. Ao analisar o desenho, está patente a sua evidente aproximação ao pai, contrastante com o afastamento relativamente à figura da mãe, distanciamento este visível também pela ordem do desenho. Há uma ligeira separação da sua figura quanto às restantes, que se encontram muito mais próximas entre si, ainda assim, a figura com a qual se aproxima mais é do pai. A

escolha do vestuário aponta igualmente para uma clara identificação da irmã em relação à mãe e de si em relação ao pai. Foi-lhe dito que imaginasse que a família ia fazer um passeio de carro, mas só poderiam ir três pessoas, não havia mais espaço para o quarto elemento, foi-lhe perguntado quem ficaria em casa. Após ter tentado arranjar diversas maneiras e soluções para caberem os quatro elementos na viatura, acabou por escolher a figura que ficaria em casa, “Eu ficava” (cit.) retorquiu ele. Explicou que se tinha portado mal, tinha feito asneiras e por isso ficava de castigo.

## **V. Início e Desenvolvimento das Dificuldades**

Ambos os pais concordaram ao afirmar diferenças significativas no comportamento do R.P. a partir do mês de Setembro do ano anterior. Explicam que durante as férias do Verão passado não notaram qualquer diferença, todavia, após a entrada da criança para o novo ano lectivo, esta passou a apresentar comportamentos mais agressivos, irritava-se com muita facilidade, parecia mais intolerante, para além da agitação, desassossego e inquietação que passaram a ser mais acentuados e evidentes. Também a professora partilhava da opinião de que o R.P. com frequência se demonstrava ser agressivo para com os colegas e agitado na sala de aula, começando estes comportamentos a revelarem-se prejudiciais para o habitual desempenho e aproveitamento escolar.

## **VI. História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias**

Como referido pela mãe, não foi uma gravidez planeada. Os meses de gestação foram passados com algumas complicações e o R.P. acabou por nascer de cesariana, duas semanas mais cedo do que o esperado. Ficou aos cuidados da mãe até aos seus 4 meses, passando desde então e até aos 2 anos de idade a frequentar uma ama. Com esta idade entrou para a creche, permanecendo nesta mesma instituição até à entrada para a escola primária. Não há registo de dificuldades na alimentação, linguagem ou controlo esfinteriano. Todavia, a mãe refere que sempre foi uma criança que necessitava de dormir poucas horas, afirmando que, “ao contrário das outras crianças, nunca o vi rabugento ou a cair de sono” (cit.).

De acordo com as informações dadas pela mãe, o R.P. sempre manteve boa relação com as educadoras e professoras que, como explica sempre o viram como uma criança carinhosa e meiga. Contudo, acrescenta que o consideravam uma criança muito irrequieta e activa “sempre foi assim muito mexido” (cit.). Salienda ainda que, no último ano do infantário, quando se irritava, o R.P. batia com a cabeça na parede repetidas vezes, comportamento este que se dissipou com a sua entrada para a escola primária.

Após a entrada para a escola primária, a mãe refere boa adaptação do R.P. aos novos colegas e professora. Ao longo do 1º e 2º ano de escolaridade não houve dificuldades

a assinalar, sendo o R.P. uma criança muito empenhada nas tarefas escolares, sempre alcançou bons resultados e manteve boa relação com colegas, professores e auxiliares de acção educativa.

Actualmente a frequentar o 3º ano de escolaridade, o R.P. continua a ser descrito pelos pais e professora como bom aluno. Aprende bem, referindo “eu sou um dos melhores da minha turma” (cit.) e mantém boa relação com colegas e professora. Acrescenta que a sua matéria preferida é a matemática. A professora, salienta contudo, a sua frequente dificuldade de concentração e manutenção da atenção, o facto de permanecer excessivamente irrequieto e impulsivo e classifica-o como impaciente e “sempre pronto para andar”. Menciona igualmente birras e comportamento imprevisível, fazendo frequentemente ruídos inadequados, em situações inapropriadas.

O R.P. nomeia como o seu melhor amigo o C., e acrescenta que há um colega na escola que o provoca constantemente, acabando por se envolverem por vezes em zaragatas. As suas brincadeiras preferidas são jogar à bola, andar de bicicleta, jogar ao balão, ver televisão e jogar computador. Acrescenta que adora ir para a rua do seu bairro brincar com os meninos.

Em casa ajuda nas tarefas domésticas, particularmente a limpar o pó, como refere a mãe “devo confessar que ele é muito bom a limpar o pó” (cit.). Todavia, por vezes quer efectuar outras tarefas domésticas como lavar a loiça ou passar a ferro, mas como ainda é pequeno, os pais acabam por não o deixar fazer. Quando o proíbem de executar estas tarefas, o R.P. fica muito chateado e irritado, como menciona a mãe, “ainda por cima vê que a irmã pode fazer e ele não, ainda fica com mais ciumeira” (cit.).

O pai passa muito tempo fora de casa, durante a semana tem o seu emprego que lhe ocupa muito tempo e em alguns fins-de-semana serve em casamentos, chegando muito tarde a casa. A mãe refere que são muito diferentes e têm formas distintas de lidarem com os filhos, como explica “eu sempre fui habituada a ser poupada, e quando se tratam de coisas desnecessárias, evito comprá-las ao R.P.” (cit.). No entanto, o pai costuma ceder e fazer mais as vontades ao filho. A mãe refere que por vezes o marido a critica por ser demasiado rígida, e acaba por contradizer as ordens da mãe. O pai confirma que por vezes acaba por ser mais permissivo com o filho, fazendo-lhe as vontades ou como refere “às vezes fecho os olhos”, fingindo que não vê e acabando por deixar a criança fazer certas coisas que a mãe anteriormente tinha proibido. Justifica esta atitude dizendo que por vezes a mãe é demasiado rígida com as crianças e que, como passa pouco tempo com os filhos, tenta passar bons momentos, sem discussões ou castigos. Os pais adoptam assim posturas distintas na educação da criança, sendo que esta já percebeu que se pedir alguma coisa à mãe, provavelmente a vai recusar, mas se recorrer ao pai, é possível que consiga o que deseja.

Habitualmente os pais optam por atribuir castigos pelos maus comportamentos do filho, não recorrendo com tanta frequência a condutas mais agressivas. Contudo, por vezes estes castigos não são cumpridos até ao fim, havendo constantes interrupções ou alterações das condições iniciais. A mãe relatou ainda diversas situações nas quais o filho faz e como refere “asneiras das dele” (cit.). É o caso, de uma situação na qual o R.P. estava a brincar na rua, no bairro onde mora e reparou que um dos carros estacionados de um dos seus vizinhos tinha algo diferente nas rodas. Os pipos eram vermelhos, “e ele não faz mais nada, foi lá e tirou-lhos”. Relatou que assim que o R.P. chegou a casa com os objectos, o pai e mãe repreenderam-no e obrigaram-no a devolvê-los ao vizinho, situação esta que deixou a criança muito envergonhada pelo ocorrido. Todavia, enquanto a mãe descrevia o sucedido na presença do filho, dava um ar de graça, um sorriso, como se estivesse a contar uma situação engraçada, não adoptando uma postura repreensiva pelo acto.

Também os avós maternos, emigrantes em França, mantêm uma relação muito próxima com a criança. A mãe refere não se dar com os pais, foi sempre criada com a avó em Portugal, estava pouco tempo e recebia pouca atenção dos pais. Compreendendo isto, também a sua filha se afastou dos avós, ao contrário do R.P. que fala com frequência destes. Por sua vez, os avós presenteiam-no com ofertas constantes, desde guloseimas a roupas. Descreveu uma situação na qual, pediu à mãe umas sapatilhas com rodas como presente do seu aniversário, mas esta ficou um pouco apreensiva por serem relativamente caras. De imediato o R.P. se apressou e fez o mesmo pedido aos avós que prontamente as compraram.

A mãe classifica-o como uma criança difícil, que exige muito tempo e paciência. É excessivamente irrequieto, impaciente, parece que anda no “mundo da lua”, reage frequentemente antes de pensar e quer ser ele a comandar tudo. Mas ao mesmo tempo descreve-o como carinhoso e meigo. Segundo ela, o R.P. apresenta mudanças rápidas de humor, oscilando entre momentos em que se irrita, chora facilmente, faz beicinho e amua, e momentos em que se torna extremamente afável e carinhoso.

## **VII. Formulação**

Tendo em conta o referido anteriormente e com base no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2002), parece tratar-se da Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção, do tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (314.01).

O défice de atenção manifestado pelo R.P. é evidente através de sintomas como frequente dificuldade de concentração e manutenção da atenção e distrações fáceis e constantes. Evidencia igualmente sintomas de hiperactividade – impulsividade nomeadamente movimentos excessivos das mãos, quando sentado, age como se estivesse

«ligado a um motor», fala em excesso, precipita as respostas antes mesmo de terminadas as perguntas, interrompe e interfere nas conversas dos outros, tem dificuldades em esperar pela sua vez. Os sintomas descritos característicos quer do défice de atenção quer da hiperactividade – impulsividade, estão presentes em diversos contextos como na escola e em casa e prejudicando significativamente o funcionamento social e académico da criança.

Desde o período pré-escolar e ao longo dos dois primeiros anos escolares que parece patente a inquietação e actividade excessiva do R.P.. Contudo, os pais apontam o ingresso no 3º ano de escolaridade como sendo a fase em que os seus comportamentos parece terem-se tornado mais frequentes e prejudiciais, causando défice significativo no funcionamento social e académico da criança.

Barkley (1997) apresenta um modelo para a PHDA, destacando o conceito de auto-regulação, utilizado como sinónimo de auto-controlo (cf. Anexo XV).

Para este autor, a PHDA é caracterizada por um défice no desenvolvimento da inibição comportamental, isto é, de acordo com o referido modelo, o R.P. parece ser “controlado pelo momento”, o que explica determinados comportamentos como a necessidade constante de pedir que lhe comprem determinados objectos, assim que os vê, e as consequentes birras e amuos excessivos quando estes lhe são recusados (inconveniência social) ou os frequentes ruídos inadequados em situações inapropriadas (e.g. sala de aula). De facto, as condutas parentais exibidas parecem ter promovido e em certa medida contribuído desde cedo para a progressiva dificuldade de inibição comportamental da criança. Exemplo destas situações é descrito pelo pai ao referir que, desde muito novo (idade pré-escolar) o R.P. pedia constantemente carrinhos de brincar, pedido ao qual os pais não se recusavam e chegavam mesmo a achar engraçado a paixão do filho por tais brinquedos. Relatando ainda que por diversas vezes premiavam o seu filho com mais um carrinho, mesmo sem este o pedir. Por sua vez, o controlo inibitório pobre, parece acarretar prejuízos em diversas competências da criança, nomeadamente o não recorrer a experiências anteriores (e.g. não se lembrar dos castigos anteriores e adopta o mesmo tipo de comportamentos desadequados perante situações semelhantes), incapacidade para antecipar consequências (e.g. agressividade verbal, sem pensar nos danos emocionais causados), dificuldade em estabelecer objectivos e planos de acção. E ainda incapacidade para evitar estímulos que provavelmente desencadeia determinados comportamentos desadequados (e.g. os objectos que vê nas lojas e quer ter de imediato), dificuldade para utilizar o discurso interno para auto-regulação (“eu não me consigo controlar” (cit.), “às vezes quero parar, mas não consigo parar de falar nem de fazer coisas!” (cit.)), incapacidade para regular o afecto face às exigências das situações (e.g. ser cruel para a mãe quando esta se sente mais doente “chama-me madrasta, gorda, principalmente

quando estou mais em baixo” (cit.) e dificuldade em sintetizar (e.g. dar respostas demasiadamente extensas quando tal não é pretendido).

Determinadas atitudes permissivas por parte dos pais, parecem estar a manter alguns dos comportamentos do R.P.. Nomeadamente nas ocasiões em que a criança tem algum tipo de comportamentos desadequados ou errados, como o são as idas ao supermercado e as constantes dificuldades em aceitar um “não”. Apesar de na maioria das vezes os pais o repreenderem e castigarem, posteriormente contam-no como se de uma piada se tratasse. Ou seja, apesar de no momento serem assertivos em relação ao comportamento que reprovam, atribuindo consequências negativas imediatas, mais tarde parecem não agir em conformidade, acabando por achar graça e repetirem a história em forma de comédia, e deste modo parecem reforçar positivamente a sua ocorrência. Também o facto de serem retirados e ou relevados alguns dos castigos atribuídos ao R.P., parecem permitir a manutenção de alguns dos seus comportamentos desadequados. Particularmente nas ocasiões em que a mãe impõe determinados castigos e o pai a desautoriza, absolvendo ou infringindo as regras impostas inicialmente. As práticas parentais parecem não ser consistentes e a criança parece já o ter percebido, assim como parece ter interpretado que o pai é mais seu amigo porque lhe faz as vontades, portanto, será melhor recorrer e pedir o seu constante e disponível auxílio para o libertar dos castigos da mãe. Assim sendo, os referidos comportamentos por parte do pai, parecem funcionar como reforço negativo (ao mau comportamento), retirando o R.P. de situações que lhe são desagradáveis, os castigos, mantendo as condutas inapropriadas que levaram à atribuição destes mesmos castigos. Ou seja, a criança percebe que perante certos comportamentos desadequados, mesmo sendo-lhe atribuído um castigo, provavelmente o pai conseguirá retirá-lo do dito castigo e assim sendo, não parece haver prejuízos em comportar-se desadequadamente.

Para além de não ser consistente, o ambiente familiar do R.P. parece ainda não ser estável. Ou seja, o cumprimento ou incumprimento das regras impostas, nem sempre envolve e implica as mesmas consequências (Polaino-Lorente & Encío, 2002). Isto é, perante o mesmo tipo de comportamentos, por vezes a criança é castigada, em outras ocasiões, a adopção do mesmo padrão de comportamentos é ignorado pelos pais, não lhe atribuindo qualquer punição face ao acto. O ambiente familiar deve ser explícito e previsível, isto é, as regras devem estar definidas à partida e não após a manifestação de comportamentos indesejados, elas devem ser conhecidas e compreendidas por ambas as partes. Todavia, não parece ser este o ambiente familiar vivido pelo R.P..

## **VII. Protocolo Terapêutico**

### Propostas e Estratégias Terapêuticas

I. Estabelecer aliança terapêutica empática com a criança e também com os pais.

1. Promoção de uma relação de colaboração entre a criança e o terapeuta;
  2. Estabelecimento de uma relação de colaboração entre os pais e o terapeuta;
  3. Estabelecimento em parceria com os pais e criança de objectivos do tratamento e *feedback* regular;
  4. Explicação do tipo de tratamento e a sua duração;
- II. Promover intervenções educativas dirigidas aos pais
1. Informação acerca da perturbação e suas implicações;
  2. Interpretação e discussão acerca das condutas parentais que mantém determinados comportamentos na criança;
- III. Treino dos pais, irmã e da criança no manejo de comportamentos
1. Definição, controlo e seguimento das condutas a modificar na criança;
  2. Treino em procedimentos de reforço da frequência, duração e intensidade dos comportamentos desejados;
  3. Preparação para a adopção de procedimentos para a diminuição e progressiva extinção da frequência, duração e intensidade dos comportamentos indesejados;
- IV. Treino de auto-instrução focalizado nas características hiperactivas da criança
1. Identificação das condutas a modificar, fazendo a clara distinção entre o contexto escolar e familiar;
  2. Reconhecimento e interrupção das mesmas nos diversos contextos;
  3. Exercícios e técnicas de relaxamento;
  4. Verificação da eficácia no controlo dos comportamentos;
  5. Promoção de expectativas de auto-eficácia;
  6. Fomentação do treino por imaginação;
  7. Generalização das aprendizagens aos vários contextos;
- V. Promoção estratégias de resolução de problemas e tomadas de decisão
1. Ajudar na identificação e conceptualização de problemas;
  2. Orientação para a identificação de variadas opções e selecção das mais adequadas em cada situação;
  3. Alertar para a importância na identificação das emoções e pensamentos associados a cada decisão;
  4. Treino na identificação de possíveis consequências positivas e negativas;
  5. Promoção de expectativas de auto-eficácia em relação ao problema;
  6. Implementação da decisão;

7. Avaliação da decisão;

#### VI. Prevenção de recaída

1. Antecipação de possíveis dificuldades futuras;
2. Lembrar os procedimentos aprendidos;
3. Ensaio das aptidões a utilizar

### **VIII. Feedback Terapêutico**

Ao longo da primeira consulta, no dia 23 de Abril de 2008, procedeu-se à recolha de informação – anamnese. O R.P. veio acompanhado pela sua mãe. Inicialmente ambos participaram da consulta, observando-se a interacção entre mãe e filho e a concordância nos temas explorados. Quando colocada alguma questão, a mãe tomava a iniciativa de responder, dando o seu ponto de vista que depois era confrontado com a opinião da criança. Frequentemente o R.P. interrompia as explicações da mãe e precipitava as respostas, por vezes antes mesmo destas serem terminadas. Para além da recolha de informação, pretendia-se promover e facilitar em simultâneo o estabelecimento de aliança terapêutica com a criança e também com a mãe. Este primeiro contacto terminou com a promoção de algum suporte particularmente à mãe, sendo-lhe explicado que é possível trabalhar alguns aspectos que visam a melhoria dos comportamentos do R.P.. Foram igualmente sugeridas algumas alterações na sua atitude, nomeadamente o não adoptar posturas de derrota ou vulnerabilidade perante o seu filho e não permitir que este a ofendesse e chamasse de “nomes feios”. Ao R.P. foi-lhe explicado que em conjunto poderíamos resolver o problema, sendo para tal fundamental a sua colaboração e empenho, que de imediato assegurou.

No segundo encontro que ocorreu no dia 14 de Maio de 2008, o R.P. compareceu mais uma vez acompanhado pela mãe. Nesta sessão procedeu-se à continuação de recolha de informação e estabelecimento de aliança terapêutica. Numa fase inicial ambos participaram da consulta, sendo que numa segunda fase pediu-se à mãe para esperar um pouco na sala de espera, proporcionando-se assim a recolha de informação especificamente com a criança, Esta não levantou qualquer objecção, assim como o R.P. que parecia entusiasmado com a ideia. Nesta sessão foram abordados outros aspectos da vida da criança, sem centralizar a consulta especificamente nos comportamentos problema ou dificuldades do R.P.. A criança colaborou ao longo de toda a consulta, mantendo-se motivado e empenhado. Foi-lhe pedido que desenhasse a sua família, tarefa esta que de imediato executou. A sessão terminou com alguns conselhos e chamadas de atenção para os seus comportamentos mais agressivos particularmente com a mãe.

O terceiro encontro realizou-se no dia 26 de Maio de 2008, comparecendo acompanhado pela mãe. Enquanto aguardava na sala de espera, o R.P. fez um desenho que prontamente entregou à estagiária. Nesta sessão optou-se por iniciar o treino de auto-instrução. Para tal, recorreu-se ao manual “Stop! Disciplina e auto-controlo”, adaptando-se alguns dos exercícios que o compõe relacionados precisamente com a disciplina e auto-controlo. Inicialmente contou-se a narrativa “A Panda e a Pandi” que serviu de mote para a distinção entre os comportamentos adequados e desadequados na sala de aula, no recreio e em casa. Foram colocadas três caixas que correspondiam respectivamente à escola, recreio e casa. Em seguida, foram-lhe entregues diversos cartões, (cf. Anexo XVI), contendo cada um deles um determinado comportamento (e.g. correr, levantar o dedo para falar, rir muito, jogar à bola). O R.P. deveria colocar os cartões na caixa respectiva ao lugar onde poderia adoptar esses mesmos comportamentos. Este exercício permitiu analisar quais as condutas esperadas e adequadas em cada um dos contextos. Seguidamente foi apresentado ao R.P. a personagem Irre e o Quietos, dois irmãos gémeos que gostam de fazer coisas diferentes aos meninos. O Irre, gosta muito de se mexer, mas como não tem braços nem pernas nem língua, precisa das pernas, braços e língua dos meninos. Assim, quando vê um menino ou uma menina muito bonitos mexe-lhes as pernas, os braços, levanta-os das cadeiras e não os deixa estar sossegados. Já o Quietos gosta muito de estar sossegado e calminho dentro dos meninos, para eles poderem fazer outras coisas. Foram explorados alguns dos comportamentos que o Irre provocava nos meninos e também o R.P. exemplificou situações nas quais era “atacado pelo Irre”. Neste seguimento foi-lhe perguntado se ele gostaria de controlar o Irre, ao que prontamente respondeu afirmativamente. Foi-lhe então explicado que teríamos de seguir alguns passos (cf. Anexo XVII). O primeiro dos quais seria “Estar atento e ver os sinais do Irre”. Seguidamente deveria “dizer ao Irre para parar de mexer o teu corpo”, e imaginar um grande sinal vermelho de STOP. Foram dados alguns exemplos e atribuído como trabalho para casa a prática destes dois passos. Na fase final desta sessão, já com a mãe, foram dadas algumas noções acerca da PHDA, esclarecidas algumas dúvidas e foi-lhe entregue um panfleto informativo (cf. Anexo IX).

A 4 de Junho de 2008, foi realizada a quarta sessão, fazendo-se a criança acompanhar pela mãe. Esta sessão foi dirigida essencialmente ao R.P.. Foram revistas as aprendizagens efectuadas na sessão anterior, bem como as tarefas para casa. Foram trabalhadas as etapas seguintes no treino de auto-instrução, para o controlo do Irre. Particularmente a terceira fase, “Relaxar e obrigar o Irre a parar”, para a qual foram explicados e praticados alguns exercícios de respiração e o treino de relaxamento (cf. Anexo XVIII). Por fim, o último passo consiste em “Ver se conseguiste controlar o Irre”. Mais uma vez foram dados alguns exemplos de situações nas quais o R.P. deveria seguir os quatro

passos trabalhados e foi-lhe explicado que os deveria recordar e aplicar sempre que o Irre atacasse (cf. Anexo XVII).

No final da consulta, foi solicitada igualmente a presença do pai na consulta seguinte, algo que a mãe acatou com agrado.

No dia 16 de Junho de 2008, sessão cinco, o R.P., tal como havia sido combinado, veio acompanhado por ambos os pais. Esta consulta tinha como objectivo principal a descrição e compreensão das práticas parentais, alertando para determinadas consequências indesejáveis das mesmas, ou seja, dar início ao treino dos pais no manejo de comportamentos. Para tal, numa fase inicial abordou-se em gabinete apenas o pai, percebendo o seu ponto de vista em relação ao filho e às práticas da mãe para com o mesmo. Em seguida, com a mãe também a participar da sessão, foram confrontados os diferentes comportamentos que ambos adoptam perante a criança e as respectivas consequências dos mesmos. Foi explicada a importância dum ambiente familiar explícito, consistente e estável, isto é, as regras deverão ser claras para o pai, para a mãe e criança, e deverão permanecer e ser aplicadas da mesma forma hoje, amanhã e depois. Assim como os castigos não deverão ser alterados ou retirados por apenas um dos progenitores, sem o consentimento e concordância do outro. Os pais deverão ainda discutir e chegar a um consenso sempre em privado, resguardados da atenção do filho, evitando assim discussões à sua frente e “por sua causa”. Ambos os pais compreenderam a importância destes aspectos e se comprometeram a modificações nas práticas parentais. Ainda apenas perante a presença dos pais, foi apresentado o exercício seguinte a trabalhar com o R.P., a Tabela de comportamentos do R.P. – Token Economy – (cf. Anexo XIX). Após explicação do seu objectivo e preenchimento, foi solicitado aos pais sugestões para os comportamentos a colocar na tabela. Finalizada a tabela, foi pedido aos pais que se retirassem e seguidamente entrou o R.P. que permanecia inquieto e impaciente na sala de espera, chegando mesmo a interromper por duas vezes a consulta. Com a criança foram revistas as aprendizagens dos passos a tomar para controlar o Irre. Em seguida e porque a sessão já ia longa, foi-lhe mostrado e explicado o funcionamento da tabela de comportamentos do R.P.. Em conjunto, listámos uma série de objectos e alimentos que a criança gosta e pede constantemente, atribuindo a cada uma delas os respectivos pontos ou bolas verdes. Foi explicado aos pais que poderiam acrescentar outros objectos e os respectivos pontos, tendo sempre em consideração que quanto mais caro for o objecto e mais valor tiver para o R.P., mais bolas verdes serão necessárias para o alcançar. Deverão ainda ser listadas todas as trocas feitas ao longo das semanas seguintes e até à próxima consulta. Por sugestão da mãe e uma vez que se revela pertinente no processo terapêutico, foi solicitada a presença da irmã na sessão seguinte.

## IX. Comentário Teórico

*“Hiperactividade ou má educação?”* (Boavida, 2006, pp. 3)

Eis a questão a que muitos profissionais se propõem dar resposta.

Na verdade, a PHDA assumiu nos dias de hoje proporções impensáveis, sendo actualmente a perturbação mais comum junto da população infantil (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006). Segundo dados da *American Psychological Association* (2000 cit. in Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007), cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar sofrem desta perturbação, o que equivale, segundo Sauvé (2006), entre aproximadamente uma a duas crianças por turma, no ensino básico. Dryer, Kiernan e Tyson (2006) chamam, no entanto, a aten o para o facto destes números terem vindo a aumentar exponencialmente, o que pressupõe que o número de crianças com esta perturba o actualmente seja superior ao revelado pelos estudos epidemiológicos, uma vez que existem muitas crianças que sofrem desta perturba o, mas não estão sinalizadas como tal.

“Dantes não havia hiperactivos, agora são todos!”, surgindo a inevitável questão, dever-se-  este problema   “falta de competências dos pais modernos” (Boavida, 2006). Como explica o referido autor, a frequente confusão entre m  educa o e hiperactividade relaciona-se com as dificuldades que estas crianças têm em controlar a actividade motora e os impulsos, em cumprirem regras ou em estar quietos e não perturbarem. São crianças incapazes de se concentrar e com um desejo constante de explorar novas situa es, têm dificuldades em seguir regras de comportamento (Teste de Saúde, 2008), não prestam aten o e precipitam as respostas acabando muitas vezes por se tornarem o “bode expiatório” ou o “bobo” da turma (Silva, 2007). No entanto, como adianta a autora,   importante salientar que estas atitudes não podem ser confundidas com má educa o ou mau comportamento ocasional. Todavia, os pais destas crianças que convivem diariamente com os seus comportamentos, passam muitas vezes por maus pais/educadores e os seus filhos por mal educados. Como o caso do R.P. e as suas idas ao supermercado, sempre tão atribuladas e repletas de olhares alheios indiscretos.

As características que estas crianças evidenciam não podem ser consideradas apenas como uma condi o do ser criança que se ultrapassa com o amadurecimento, tem efectivamente uma base genética bem demonstrada que poderá ser influenciada por factores ambientais e sociais e persistir pela vida adulta (Scandar, 2007; Silva, 2007). Trata-se na verdade de uma perturba o comportamental e não primariamente de um problema disciplinar (Boavida, 2006), considera-se portanto uma perturba o do desenvolvimento infantil com uma base neurológica (Cabral, 2003). As reac es de uma criança vítima de PHDA são o reflexo da conjugac o de diversos factores entre si, que podem interagir no mesmo momento, numa mesma situa o (Sauvé, 2006). Acredita-se que possa ter origem

em causas biológicas, psicológicas e sociais que actuam individualmente ou em conjunto, predispondo o sujeito à perturbação (Schachar & Tannock, 2002). Isto é, acredita-se que as condutas hiperactivas são heterogéneas na sua origem, ou seja, mais do que existir um ou vários mecanismos explicativos, há múltiplos factores que interagem, exercendo cada um os seus próprios efeitos, numa actuação conjunta (García, 2001).

Assim sendo, parece presente a influência de factores relacionados com as práticas parentais/educativas, mas de que forma se processa e até que ponto se verifica esta influência? Qual será então o impacto dos estilos parentais no aparecimento e manutenção dos sintomas hiperactivos? Dever-se-á efectivamente à “falta de competências dos pais modernos”? (Boavida, 2006).

Neste sentido, com base na análise da literatura, autores como Lino (2005), mencionam que para além do factor hereditário, a família pode efectivamente contribuir para o desencadear desta perturbação. Explica que as famílias de crianças com PHDA são muitas vezes famílias super-protectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras. Tratam-se de pais mais reprovadores, que exercem maior controlo, são mais críticos e autoritários, são mais pessimistas e recorrem com mais frequência ao castigo, dando mais ordens e fornecendo mais orientações, comparativamente com os pais de crianças que não apresentam PHDA (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006; Hurt, Hoza & Pelham, 2007; Garcia, 2001; Keown & Woodward, 2002). Schwebel, Hodgens e Sterling (2006) acrescentam ainda que as mães destas crianças apresentam elevados níveis de depressão, hostilidade, baixa auto-estima, baixo suporte-social e insatisfação conjugal. Na verdade, muitas das características descritas fazem parte do contexto e ambiente familiar do R.P.. Especialmente na figura materna, podem ser identificados aspectos como sobreprotecção e elevado controlo, evidente por exemplo, nas constantes tentativas de saber e controlar quais os amigos com quem o R.P. se dá, quais as brincadeiras escolhidas e os locais por onde anda. Ou ainda a presença de uma perturbação do humor na mãe, depressão que, aliada à frequente ausência do pai, pode levar a uma supervisão deficitária. De facto, apesar da aparente figura autoritária exercida pela mãe, quando esta se sente mais doente, fragilizada e incapaz, acaba por “baixar a guarda” e exercer nestes momentos supervisão fraca, que de imediato o R.P. percebe, e impulsivamente, aproveita.

Assistimos nos dias que correm, a relações parentais que cada vez mais se instalam em dois pólos opostos, por um lado a negligência, por outro, a super-protécção (Ramalho, 2006). Se por um lado somos confrontados com a irresponsabilidade de atitudes parentais despreocupadas, por outro, assistimos a uma mistura de papéis, onde emerge um excesso de reivindicações dos direitos das crianças, minimizando-se os deveres destas enquanto filhos e as obrigações dos progenitores enquanto pais (Silva, 2008). Eduardo Sá, referia numa conferência (I Encontro Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo,

2008) que os paizinhos bons são os piores inimigos dos bons pais. Não se referirá este investigador a pais como o do R.P., que numa tentativa de compensar o pouco tempo que passa com o filho, o permeia por tudo e por nada, sobrepondo-se à autoridade da mãe e contradizendo a sua educação? O ser um pai bonzinho está longe de ser um bom pai. Mas não são as crianças como o R.P. que o têm que entender, são antes os seus pais.

Importa ressaltar que as dificuldades no exercício da função de ser pai ou ser mãe, não implicam necessariamente, e não se podem confundir, com a incapacidade parental (Ferreira, 2002 *cit. in* Silva, 2008). Apesar de se relatar a contribuição das disfuncionalidades familiares para o surgimento e ou a persistência e exacerbação dos sintomas da PHDA nas crianças (Rey, Walter, Plapp & Denshire, 2000), estas situações podem ser vistas por outro prisma. Com frequência, os comportamentos controladores e negativos que os pais têm face aos seus filhos, podem constituir uma reacção à impulsividade e hiperactividade, e não serem propriamente uma causa das mesmas (Lopes, 2006). Muitos dos comportamentos controladores e punitivos da mãe face ao R.P., resultam por um lado da permissividade do pai, tentando contrabalançar a facilitação que este promove, e por outro lado podem decorrer dos maus comportamentos que o R.P. constantemente pratica, que frequentemente esquece serem característicos e inerentes à própria perturbação.

Em suma, as atitudes autoritárias adoptadas por muitos progenitores semelhantes à mãe do R.P., parecem influenciar as incapacidades dos seus filhos, em contrapartida, os comportamentos destas crianças influenciam as atitudes dos pais, acabando por se criar um ciclo vicioso do qual resulta um agravamento da severidade dos sintomas (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006).

É seguramente terrível para estes pais serem acusados de “não educarem os filhos”, quando efectivamente se esforçam mais do que os outros e recebem menos em troca (Lopes, 2006). Mas também o é para as crianças, que frequentemente sofrem imenso com a sua incapacidade em controlar a actividade e prestar atenção, sentem-se mal, têm fracas competências sociais, são rejeitados pelos pares, culpabilizados pela escola e família, prejudicados na sua progressão académica e com baixíssima auto-estima (Boavida, 2006). Precisam de ajuda!

Naturalmente, perante estilos de educação de pais assertivos, a criança dispõe de melhores oportunidades para enfrentar as dificuldades da sua perturbação, uma vez que têm pais mais eficientes (Scandar, 2007). Assim sendo, é importante considerar, na abordagem de crianças e famílias como a do R.P., que ambientes familiares bem estruturados e baseados em rotinas e regras claras, onde as expectativas dos adultos são consistentes e as consequências são estabelecidas com clareza e aplicadas de imediato revela melhores resultados (Silva, 2007), no entanto continuam a ser hiperactivos e como tal

a apresentar determinadas condutas características desta perturbação (Polaino-Lorente & Ávila, 2002). Assim sendo, culpar os pais e crianças por uma perturbação que parece não ser primariamente disciplinar, não dá certamente um grande contributo para a sua adequação, compreensão e abordagem (Boavida, 2006).

## **X. Comentário Pessoal**

Desde os contactos iniciais que o R.P. se manifestou uma criança extremamente comunicativa, de fácil relacionamento e cativante. A sua energia, e o seu entusiasmo e motivação na terapia são contagiantes. As sessões são sempre muito animadas e bem-dispostas, tem sempre algo de novo para contar, para perguntar, para descrever, e fá-lo numa maneira tão particular e característica! A postura que adopta faz lembrar um adulto, muito direito (apesar de mexer constantemente as mãos) e com discurso elaborado. Foram estes os aspectos que me fascinaram neste caso, a forma como o R.P. se expressa e comunica, as expressões linguísticas que utiliza no seu discurso, tão elaboradas para uma criança com a sua idade e ao mesmo tempo tão engraçadas e agradáveis.

Em consulta, é uma criança extremamente educada e atenciosa, muito interessado e empenhado em todo o processo. Assim como os seus pais, particularmente a mãe que se coloca sempre à disposição e leva muito a sério tudo o que se diz e faz ao longo das consultas. Por estes motivos, e apesar das dificuldades, penso tratar-se numa família e particularmente de uma criança com a qual se poderão alcançar resultados muito satisfatórios através da terapia. Aspecto este motivador e revigorante para a progressão e empenho no processo terapêutico.

## **Caso Clínico 3**

### **I. Identificação**

**Nome:** B.

**Quadro clínico:** Perturbação de Pânico sem Agorafobia (300.01)

**Início do acompanhamento:** 3 de Março de 2008

**Local:** Hospital Sousa Martins

**Terapeuta:** Dra. Marta Capelo

**Co-terapeuta:** Sara Terras

**Fase do tratamento:** *Follow-up*

### **II. Dados Biográficos**

A B. é uma adolescente com 15 anos de idade. A sua mãe, J., tem 46 anos de idade, tem o 11º ano de escolaridade e é assistente de aprovisionamento numa instituição pública,

já o pai, A., tem igualmente 46 anos de idade, tem o 12º ano e é técnico de informática. O seu agregado familiar é composto pelos pais e também uma irmã mais velha de 17 anos. A família reside actualmente na cidade da Guarda. A B. nunca ficou retida e frequenta presentemente o 10º ano, numa das escolas da cidade.

### III. Motivo da Consulta

A adolescente foi encaminhada para as consultas de Psicologia na sequência de uma “crise de ansiedade” que a levou a procurar a urgência do HSM. Este episódio ocorreu após a B. ter realizado um teste de F.Q. Durante a elaboração e principalmente depois de ter saído da prova, sentiu-se muito ansiosa. Descreve ter sentido dificuldades em respirar, suores, sensações de frio e calor em simultâneo, tremores, palpitações, sensação de sufoco e desequilíbrios “não conseguia andar, teve que ser um colega meu a levar-me ao colo” (cit.). Estes sintomas físicos fizeram-se acompanhar por pensamentos como “vou deixar de respirar” (cit.), “vou desmaiar” (cit.). Telefonou à mãe que a levou de imediato às urgências, onde lhe receitaram *Xanax*, encaminhando-a para as consultas de Psicologia.

### IV. Dificuldades Actuais

B. apresentou-se com uma aparência adequada para a idade e estatuto socio-económico. Encontrava-se consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente. Apesar de tímida, particularmente nos contactos iniciais, a adolescente parecia bem disposta e colaborante ao longo das consultas. Com frequência sorria e mantinha uma expressão simpática. Não parecia apresentar qualquer tipo de dificuldades na linguagem, muito embora no seu diálogo optasse por respostas curtas e concisas. Mantinha contacto ocular adequado.

A B. refere que desde que iniciou o 3º ciclo, se sente muito ansiosa para e na realização dos testes. Adianta que apesar de se sentir muito nervosa no dia antes, durante e após ter saído do teste, “nunca tinha sido tão grave como no dia em que tive que ir para o Hospital” (cit.).

Teve duas negativas no 1º período, nos testes de química e filosofia “na altura nem me estava a aperceber das minhas notas” (cit.) e apesar de as ter levantado no 2º período, sente muita pressão para tirar boas notas “Eu não era assim, não estava habituada a tirar estas notas” (cit.). Atribui a diminuição do rendimento escolar ao aumento da exigência dos professores e da matéria que “é mais complicada” (cit.).

Refere ainda desentendimento com a professora de Química “Desde o início do ano que não gosta de mim... nem eu dela” (cit.). Este conflito foi desencadeado a partir de uma situação que ocorreu durante uma das aulas no laboratório, na qual a B. refilou porque estava muito frio e disse à professora que achava que ela deveria fazer queixa ao conselho

executivo, “desde aí, deve achar que sou uma refilona” (cit.). “No início implicava mesmo comigo, fazia-me sempre perguntas e se fizesse alguma coisa, berrava-me logo, mas agora ignora-me”, “Eu até prefiro assim” (cit.). Devido a esta situação, a B. tem sempre receio em ir para as aulas de Química, principalmente quando tem testes a esta disciplina.

Recentemente, a partir da última semana de férias, a B. relata problemas de sono “tenho dificuldade em adormecer e às vezes acordo durante a noite e não consigo voltar a dormir” (cit.).

Refere igualmente que se tem sentido mal com mais frequência, já não ocorre apenas em contexto escolar, aparentemente sem razão e em qualquer situação começa a ficar nervosa, apesar de não ser “tão forte como nos testes” (cit.). Descreve sentir picadas no peito, tremores, dificuldades em respirar, suores e palpitações. Por vezes pensa no que aconteceu e fica com medo de voltar a ter uma crise, sentir novamente falta de ar ou desmaiar e ter que vir para o Hospital.

A B. explicou ainda que houve uma situação, na qual subiu apressadamente umas escadas, ficando com a respiração ofegante o que a fez ficar muito nervosa e pensar que estava a acontecer novamente e ia ficar sem ar. Voltou a sentir-se mal numa outra situação, na qual teve que se dirigir ao Hospital para tirar sangue a fim de realizar umas análises. “A enfermeira não conseguiu acertar à primeira porque eu já estava muito nervosa, não gosto muito de agulhas, e quando ela espetou à segunda, eu fiquei ainda mais nervosa, com medo de me sentir outra vez mal”, “comecei a chorar” (cit.), “Não sei porque fiz isso, mas não consegui controlar” (cit). A B. refere novamente ter sentido dificuldades em respirar, palpitações, tremores, suores e medo de voltar a ficar sem ar. Uma outra situação, na qual a adolescente descreve ter sentido os mesmos sintomas, ocorreu quando se encontrava a passear pelo jardim com a sua melhor amiga, durante uma das tardes das férias da Páscoa. Refere que de repente e sem razão aparente se começou a sentir nervosa e todos aqueles sintomas e pensamentos a invadiram. Não se conseguiu acalmar e novamente telefonou à mãe que a acompanhou às urgências do HSM.

Desde muito nova que a B. tem muito medo de cães, particularmente dos mais pequenos. Como explica tem sempre a sensação que estão a olhar para ela e tem receio de ser atacada a qualquer momento. Por isso mesmo, sempre que sai à rua fica atenta a qualquer canino que se aproxime, mudando constantemente de passeio para evitar cruzar-se com algum. Quando vai sozinha e se apercebe que há algum cão por perto, telefona de imediato a algum amigo como forma de se tranquilizar.

## **V. Início e Desenvolvimento das Dificuldades**

De acordo com o descrito pela adolescente, desde que iniciou o 10º ano de escolaridade que se tem sentido muito nervosa. Considera que “este ano já é a sério” (cit.),

sente pressão para tirar boas notas para assim conseguir uma média boa, que lhe permita ingressar no Ensino Superior num dos cursos que deseja, Psicologia ou Terapia da Fala, que considera terem médias muito altas, superiores ao seu rendimento actual. Ao longo dos anos lectivos anteriores não menciona dificuldades relacionadas com a ansiedade aos testes. Apenas desde que ingressou no 10º ano se tem sentido ansiosa, sendo o seu desempenho escolar actual, inferior aos dos anos anteriores.

## **VI. História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias**

De acordo com a informação relatada pela mãe, a B. veio de surpresa, não foi uma gravidez planeada e por isso mesmo refere “andava muito nervosa” (cit.). Apesar deste facto, foi uma gravidez normal. Nasceu com alguma antecedência, aos 8 meses “era muito pequenina” (cit.). Ficou ao cuidado dos pais apenas durante o 1º mês, por questões profissionais, ficando então aos cuidados dos avós maternos e paternos. Aos 3 meses foi para a creche, frequentando-a apenas durante uma semana, uma vez que desenvolveu uma alergia à lactose que a impeliu a sair, ficando os avós novamente encarregues de cuidar da neta mais nova. Ao primeiro ano de idade voltou a entrar para a creche. Sempre se adaptou muito bem, apesar de não gostar muito de fazer a sesta à tarde. Frequentou a mesma instituição até aos 6 anos, sempre com normalidade e sem ocorrência de problemas, como descreve a mãe “arranjou muitos namorados” (cit.), “nos aniversários convidava sempre os meninos todos, ia tudo à festa da B.!” (cit.).

Aos 6 anos entrou para a escola primária, teve a mesma professora até ao 3º ano, de quem gostava muito. No 4º ano mudou de professora e como refere a adolescente “ninguém gostava dela” (cit.) incluindo a própria B.. Durante este período sempre manteve boas relações com os amigos, alguns dos quais já a acompanhavam desde a creche, e, nunca teve problemas de comportamento nem de aprendizagem. A B. refere, contudo, que durante este ano teve aquilo a que designou de “crise”. Como explica, estava a participar numa competição de corrida e quando estava quase a chegar à meta, em primeiro lugar, caiu para o chão e não se conseguiu levantar. Não tropeçou nem desmaiou, mas não reagia. De imediato os pais foram em seu auxílio e levaram-na ao Hospital. Nas urgências fizeram-lhe vários exames, mas aparentemente nada justificava a situação. A adolescente disse que a competição era importante para ela, queria mesmo ganhar, não queria ficar numa má posição. Refere que não voltou a pensar no sucedido e não voltou a ter nenhuma situação semelhante.

Quando passou para o 5º ano de escolaridade, começou a frequentar uma nova escola, com professores e colegas diferentes. A B. refere que a adaptação foi difícil “fiquei muito nervosa” (cit.) “as matérias eram muito difíceis, parecia que não tinha tempo pra

estudar tudo” (cit.). Todavia, refere que só se sentiu assim no início do ano, depois começou a tirar boas notas e percebeu que afinal nem precisava de estudar muito para o conseguir.

A mãe descreve que a B. “sempre foi uma criança muito nervosa” (cit.), “mas ultimamente parece-me que afinal ainda é mais nervosa do que julgava” (cit.). De acordo com a mãe, a B. é muito exigente com ela própria em relação às notas. Refere que se compara à irmã e vê que ela tira excelentes notas e mesmo assim não consegue entrar no curso que quer, “este ano pensa muito nas médias” (cit.), “nós já nem lhe dizemos nada quando tira uma nota mais baixa” (cit.). Acrescenta que “sempre foi muito aplicada e nunca precisou que a mandassem estudar” (cit.). Actualmente não frequenta explicações a nenhuma das disciplinas, nem tem apoio na escola.

A adolescente refere manter boa relação com os pais e principalmente com a irmã, com quem partilha tudo. A mãe refere que quando precisa procura mais facilmente a irmã. Esta acrescenta ainda que mantém uma boa relação conjugal e que o marido é um pai presente e preocupado com as filhas.

A B. refere igualmente excelente relação com os amigos, alguns dos quais mantém desde a escola primária. Apesar de frequentar a mesma escola, no presente ano lectivo ficou numa turma diferente, com colegas que não conhecia, mantendo apenas uma das amigas. Todavia refere boa adaptação, excepto nas disciplinas e matérias que, como referido anteriormente, considera muito mais exigentes e difíceis. Tem dois amigos mais próximos, apesar de pertencer a um grupo de companheiros (cerca de 10 elementos) muito importantes para a adolescente e que a acompanham frequentemente. Descreve ser um grupo bastante unido mas também fechado “é difícil entrarem novos elementos” (cit.). A B. considera-se uma pessoa muito compreensiva e amiga. Descreve como defeitos seus o facto de ser resmungona, nervosa “sempre fui assim” (cit.) e antipática para os desconhecidos “à primeira impressão sou pouco simpática” (cit.).

## **VII. Formulação**

Tendo por base o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2002), parece tratar-se de uma Perturbação de Pânico sem Agorafobia (300.01).

A B. apresenta ataques de pânico inesperados e recorrentes acompanhados por persistente preocupação em ter novamente um ataque, sem evidências da presença de agorafobia. Os ataques de pânico parecem ser caracterizados pelo surgimento inesperado de sintomas físicos e pensamentos catastróficos, nomeadamente palpitações, dificuldades em respirar, sensação de sufoco, desconforto, por vezes picadas no peito, tremores, suores, sensações de frio e de calor e por vezes desequilíbrios. Estas sensações físicas desagradáveis parecem fazer-se acompanhar por pensamentos automáticos negativos

como “vou deixar de respirar” (cit.), “vou desmaiar” (cit.). Inicialmente, e uma vez que as crises decorriam da elaboração de algumas provas de avaliação, parece tratarem-se de crises de pânico situacionalmente prováveis. Todavia, posteriormente, a B. manifestou crises de pânico aparentemente inesperadas, não se limitando apenas ao contexto referido.

A primeira crise de pânico precipitou-se na sequência de um teste de avaliação. Na verdade, os elevados padrões de exigência e perfeccionismo que a B. parece impor a si própria, aliados aos baixos resultados obtidos no 1º período do presente ano lectivo, parecem ter propiciado constantes estados de ansiedade e insegurança face às provas de avaliação. A adolescente refere sentir-se nervosa nos dias antes, durante e após a realização dos testes, referindo sensações de mau-estar. Esta situação era particularmente evidente a F.Q., disciplina em que obtinha resultados mais fracos, o que parece ter contribuído para a activação de crenças e esquemas de ineficácia. Os sucessivos baixos resultados escolares parecem ter levado à confirmação e sedimentação da percepção de ineficácia, o que parece ter contribuído para o aumento progressivo da ansiedade nestes contextos. Todo este contexto parece ter levado a B. a um estado de vulnerabilidade, parecendo ter contribuído para a precipitação da primeira crise de pânico.

Por sua vez, a crise de pânico inicial parece ter levado ao desenvolvimento de uma ansiedade antecipatória, isto é, a adolescente passou a apresentar temor persistente de ter novamente uma crise ou sensações corporais relacionadas com o ataque de pânico, que por sua vez contribui para o aumento da ansiedade geral da B.. Todavia, parece não haver registos de preocupações excessivas acerca das implicações e consequências dos ataques de pânico, nem alteração significativa no comportamento, relacionada com os mesmos.

A B. parece ter passado a apresentar igualmente hipervigilância em relação às suas sensações corporais, isto é, as situações ou sensações ameaçadoras (respiração ofegante, testes, tirar sangue) aparecem mais nítidas, salientes e maiores. Fazendo com que sejam percebidas como sinais de que irá ter uma crise de pânico, reagindo por sua vez com níveis elevados de ansiedade que poderão efectivamente desencadear um ataque de pânico. Assim sendo, a B. parece apresentar tendência para interpretar errónea e catastroficamente algumas das sensações corporais, parecendo considerá-las como mais perigosas do que na realidade o são.

De acordo com o Modelo Cognitivo de Clark, para a Perturbação de Pânico, existem alguns estímulos que poderão ser externos, mas na maioria dos casos são internos que, ao serem percebidos como ameaçadores, originam um estado de apreensão. Isto é, quando a B. se confronta com situações de testes, agulhas ou quando tem determinadas sensações físicas que percebe como ameaçadoras, parece reagir com apreensão. Por sua vez, esta apreensão parece fazer-se seguir por um vasto conjunto de sensações corporais, como palpitações, dificuldades em respirar, sensação de sufoco, desconforto e por vezes picadas

no peito, tremores, suores, sensações de frio e de calor e desequilíbrios. Quando estas sensações são interpretadas catastroficamente, a B. parece apresentar pensamentos como “vou deixar de respirar” (cit.), “vou desmaiar” (cit.), o que parece provocar um aumento da apreensão, que por sua vez parece produzir novo aumento das sensações corporais, estabelecendo-se assim um ciclo vicioso que resultará eventualmente numa crise de pânico. Apesar de não serem identificados estímulos externos que precipitem um ataque, as próprias cognições da B. parecem funcionar em determinados momentos como estímulos internos.

Por outro lado, os sucessivos estados de ansiedade com que se depara parecem manter e agravar todo o quadro clínico. Ou seja, perante as provas de avaliação, a B. parece sentir-se frequentemente ansiosa, o que parece contribuir para o comprometimento do seu estudo nos dias antes e, conseqüentemente, do seu desempenho durante a realização das provas. O não alcançar dos resultados que objectiva (confirmação do fracasso) parece por sua vez contribuir para que se sinta mais pressionada e ansiosa perante as avaliações seguintes, criando uma espécie de ciclo vicioso com consecutivos estados de ansiedade que provocam e são acentuados pela obtenção de resultados escolares inferiores aos que perspectiva.

Desta forma, podem ser identificados alguns erros de processamento, nomeadamente inferência arbitrária, que ocorre quando a adolescente perante algumas sensações corporais (respiração ofegante), pensa automaticamente que vai desenvolver um ataque de pânico. É igualmente possível identificar catastrofizações ou magnificações, designadamente quando a adolescente tem pensamentos como “vou deixar de respirar” (cit.), “vou desmaiar” (cit.). Por sua vez, estes erros de processamento, permitem manter os esquemas activos, desta forma, parecem contribuir para a persistência das crises e, conseqüentemente, para a manutenção do quadro clínico.

## **VIII. Protocolo Terapêutico**

### Propostas e estratégias terapêuticas

#### I. Estabelecer aliança terapêutica empática

1. Estabelecimento de uma relação de colaboração entre a paciente e o terapeuta, tendo em conta as qualidades interpessoais do terapeuta;
2. Planeamento em conjunto dos objectivos do tratamento e *feedback* regular;
3. Explicitar o tipo de tratamento e a sua duração;

#### II. Promover a compreensão da ansiedade e suas implicações

1. Distinção entre ansiedade normal e patológica;

2. Facilitar a compreensão da relação entre sentimentos, pensamentos e comportamentos;
3. Facultar à paciente o racional da resposta ansiosa;

III. Promover a adopção de um padrão cognitivo e comportamental mais adaptativo e funcional

1. Desdramatização de interpretações catastróficas e das sensações corporais;
2. Fomentar o debate das evidencias que sustentam essas interpretações, descatastrofizando-as e procurando explicações alternativas;
3. Debate e confrontação das crenças disfuncionais;

IV. Promover a aprendizagem de modos de lidar com a ansiedade

1. Realização de exercícios de hiperventilação e controlo da respiração;
2. Técnicas de distração;

V. Fomentar o confronto com situações que desencadeiam os sintomas das crises

VI. Prevenção de recaída

4. Antecipação de possíveis dificuldades futuras;
5. Identificar possíveis estímulos desencadeadores;
6. Lembrar os procedimentos aprendidos a implementar;
7. Relembrar que a hipervigilância contribuiu para a manutenção da perturbação;

## **IX. Feedback Terapêutico**

A 3 de Março de 2008, a B. compareceu na consulta de Psicologia, encaminhada pela urgência pediátrica, na sequência de um ataque de pânico. Neste primeiro contacto foram abordadas questões essencialmente relacionadas com o ocorrido e todo o seu contexto. Promoveu-se o estabelecimento de aliança terapêutica, foram ainda dados alguns esclarecimentos e noções acerca da ansiedade (Psicoeducação), com o intuito de proporcionar algum suporte à adolescente.

No segundo encontro realizado a 11 de Março de 2008, ao qual a adolescente compareceu sozinha, prosseguiu-se com a recolha de informação. Apesar do foco da consulta se centrar efectivamente nas crises de pânico que a B. havia experienciado, foram abordados outros temas mais gerais da sua vida académica, social e familiar. Ao longo da sessão iam sendo fornecidos, tal como na consulta anterior, alguns esclarecimentos e informações (psicoeducação). Foi igualmente solicitado, a fim de se obterem informações mais precisas, o registo de auto-monitorização (cf. Anexo XX). Para se obterem

determinadas informações mais específicas nomeadamente acerca do crescimento e desenvolvimento da B., foi solicitada a presença da mãe na sessão seguinte.

Tal como havia sido estabelecido, no dia 25 de Março, a B. dirigiu-se à consulta acompanhada pela sua mãe. À semelhança dos encontros anteriores, procedeu-se à recolha de informação e psicoeducação, neste caso também e particularmente direccionados à mãe da adolescente. Ainda nesta sessão introduziram-se e exemplificaram-se algumas técnicas de distração, sendo explicado e enfatizado o seu objectivo.

A 3 de Abril de 2008, sem consulta marcada, a B. compareceu no Hospital, acompanhada pela mãe, na sequência de uma crise. Na manhã desse mesmo dia, tinha-se deslocado ao Hospital a fim de tirar uma amostra de sangue para análises. Toda esta situação desconfortável para a adolescente (refere medo a agulhas) precipitou um ataque de pânico que a deixou bastante assustada e, como tal, procurou a consulta de Psicologia para relatar o ocorrido. Este contexto foi explorado em consulta surgindo a oportunidade para explicar à B. a relação entre sintomas físicos, as suas cognições e de que forma parecem acentuar e precipitar efectivamente uma crise de pânico (início da reestruturação cognitiva). Algo que a adolescente manifestou ter claramente percebido e confirmado. Como forma de possibilitar à B. algumas ferramentas para lidar com as crises e visto que a hiperventilação e receio de ficar sem ar estão muito presentes e marcados em todas as crises apresentadas, foram revistas as técnicas de distração e ensinados exercícios de controlo de respiração (hiperventilação voluntária).

Na sessão seguinte, que teve lugar no dia 8 de Abril de 2008, a B. dirigiu-se à consulta sozinha. Nesta sessão foram revistos os exercícios de distração e controlo respiratório abordados nas sessões anteriores. Como forma de facilitar e materializar a técnica de distração, a pedido da adolescente, foi elaborado um cartão com algumas sugestões bem como exercícios de distração (cf. Anexo XXI), a que a B. deveria recorrer sempre que sentisse necessidade.

Prosseguiu-se igualmente com a reestruturação cognitiva iniciada na sessão anterior, recorrendo-se para tal ao modelo explicativo da ansiedade com a adaptação e preenchimento pela adolescente do seu próprio esquema (cf. Anexo XXII). Algo que despertou bastante interesse na B., demonstrando-se ao mesmo tempo que surpreendida, esclarecida pela relação entre os vários sintomas (internos e externos).

Na sessão seguinte, realizada a 22 de Abril de 2008, a adolescente veio, uma vez mais sozinha à consulta. Nesta sessão, e uma vez que a B. deixara de apresentar crises de pânico e o receio a ela associado não era tão evidente, foram revistos os exercícios abordados até então, a sua importância e utilidade. Foram ainda colocadas hipoteticamente situações de possíveis crises futuras bem como as consequentes reacções e atitudes a ter perante os sintomas a elas associados.

Na sessão seguinte, marcada para o dia 6 de Maio de 2008, a B. faltou à consulta, sem aviso prévio, relatando ter-se enganado no dia da consulta. Por este motivo, a sessão seguinte foi marcada com algum espaçamento da anterior.

No dia 29 de Maio, realizou-se a sexta sessão. A adolescente apresentou-se novamente sozinha. Confirmou que não tinham acontecido novos ataques de pânico, sendo que o último que surgiu tinha ocorrido há já quase dois meses. Relatava com satisfação que vai mais tranquila para as provas de avaliação, deixou de ter dificuldades em adormecer e parou a medicação. A B. explica que “até foi bom ter acontecido isto” (cit.), “percebi que estava a ser uma parva, ficava muito nervosa, mas eram só uns testes” (cit.), “agora já vou muito mais tranquila” (cit.), “até já tenho tirado melhores notas, mesmo a F.Q.” (cit.). Por estes motivos e face à atitude de confiança da B., foram novamente revistas as aprendizagens efectuadas. No fundo foram trabalhados aspectos relacionados com a prevenção de recaída, nomeadamente a eventualidade de apresentar crises a par do que deve fazer perante indícios de novas crises de pânico.

A 16 de Junho de 2008, sem consulta marcada, a B. dirigiu-se à consulta de psicologia, na sequência do que referia ter sido um novo ataque de pânico. Na verdade, descreveu apenas alguns sintomas (tonturas, hiperventilação, palpitações) que não definem efectivamente a existência duma crise. A adolescente refere ter colocado em prática as aprendizagens efectuadas ao longo do processo terapêutico, evitando assim a progressão dos sintomas e possível culminação em um ataque de pânico. A própria adolescente não se demonstrou alarmada e assustada pelo ocorrido, encarando-o mesmo com alguma tranquilidade. Desta forma, foi enfatizada a importância das técnicas e a capacidade de controlo que a B. parece possuir sobre si própria. Foi igualmente salientado que o facto de ter ocorrido a referida situação não implica a regressão no tratamento ou possível agravamento dos sintomas. Reforçada a sua atitude, foi abordada a possibilidade de futuras situações semelhantes.

## **X. Comentário Teórico**

*“A adolescência é o tempo quase mágico que todos recordamos como o momento em que a semente de todos os projectos tem uma viabilidade possível. Em que a escolha do nosso próprio caminho nos enche de orgulho. Em que o corpo desabrocha no tão esperado milagre que nos identifica com metade da humanidade e nos torna tão atraentes para a outra metade.”* (Vieira, 1993, p. 52)

A adolescência é um período difícil, em que cada um tem a tarefa de definir a sua própria identidade e de a interiorizar para a tornar permanente (Duclos, Laport & Ross,

2006). Papalia, Olds e Feldman (2001) referem que ao adolescente são exigidas diversas funções, nomeadamente competências sociais e cognitivas, autonomia, auto-estima e intimidade. Diante deste processo, deparam-se com realidades diferentes das que já enfrentaram sendo frequente reagirem e sentirem-se ansiosos, considerando muitos ser difícil adaptarem-se a essa nova fase (Batista & Oliveira, 2005).

A adolescência é de facto identificada como um período de crise, pela experiência de importantes transformações mentais e orgânicas capazes de proporcionar manifestações peculiares em relação ao comportamento normal para a faixa etária (Jatobé & Bastoos, 2007). Para se alcançar a maturidade é necessário que o adolescente enfrente determinadas provas, supere uma certa quantidade de obstáculos e solucione crises oriundas de seu íntimo e ou produzidas pelas pressões do meio social (Ballas, Alves & Duarte, 2006).

Todas as mudanças características da adolescência colocam por si só os jovens numa posição de grande vulnerabilidade (Duclos, Laport & Ross, 2006). Sintomas como a ansiedade, medo, stress e depressão parecem ser cada vez mais frequentes em faixas etárias mais jovens (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2007; Jatobé & Bastoos, 2007; Marcelli, 2005; Montgomery, 2000). Alguns autores caracterizam a nossa sociedade como sendo a Era da Ansiedade, repleta de competitividade, dificuldades relacionais, consumismo, diferenças sociais, injustiças, globalização e tantos outros agentes poderosos (Claudino & Cordeiro, s.d.). A ansiedade é considerada por muitos como o mal do século (Graziani, 2005). Alguns autores denominam a juventude actual de “apressada”, pressionada pela vida moderna a crescer demasiado cedo, tendo os jovens de fazer da sua infância um período com demasiado *stress* (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Nesta fase a Escola assume-se como uma experiência organizadora central, para a maioria dos adolescentes, oferecendo oportunidades para aprender, aperfeiçoar novas e aguçar antigas competências, participar em desportos, artes e outras actividades, explorar escolhas vocacionais e estar com os amigos, no fundo possibilita o alargamento dos horizontes intelectuais e sociais (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Todavia, como explicam as autoras, espera-se e exige-se muito dos jovens de hoje, impõe-se que tenham sucesso na escola, compitam no desporto e respondam às necessidades emocionais dos pais. Muitas vezes, adolescentes como a B., mesmo não sofrendo aparentemente pressão por parte dos pais, sofrem-na inquestionavelmente pela sociedade e muitos apropriam-na a eles próprios. Tornando-se, tal como a B., demasiado rigorosos para consigo mesmos, exigindo-se o alcançar de metas como determinadas notas e médias na escola. Muitas vezes colocam expectativas irrealistas, metas demasiado elevadas, acabando por não as conseguirem alcançar. Por estes motivos, não é de admirar que alguns autores refiram as

perturbações de ansiedade como sendo o grupo de alterações de comportamento com maior prevalência na infância e adolescência (Tortella-Foliu, Servera, Balle & Fullana, 2004; Scott, Mughelli & Deas, 2005).

Alguns dados apontam para uma prevalência das perturbações de ansiedade na infância e adolescência de cerca de 9% (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000). Já Muris, Meesters e Melick (2002) indicam que entre 8 a 12% dos jovens sofrem de algum tipo de perturbação de ansiedade que é suficientemente severo para interferir no seu funcionamento. Outros dados apontam para valores superiores, rondando os 17% de prevalência destas perturbações em adolescentes (Scott, Mughelli & Deas, 2005). Estudos mais recentes indicam valores de aproximadamente 13% de prevalência das perturbações de ansiedade na adolescência (Maia & Rohde, 2007).

A ansiedade é uma emoção normal experienciada em situações de ameaça (Jelder, Mayou & Jeddes, 1999), é razoável, compreensível, proporcionada e apropriada à situação e à experiência do sujeito, trata-se de um estímulo necessário para lidar com uma determinada situação (Graziani, 2005). Para Odriozola (2001) as respostas ansiosas estão integradas, sob a forma de reacções defensivas inatas, no repertório de comportamento, quer das pessoas em geral, quer do próprio jovem. Para Sanz (2002), as respostas ansiosas enquanto mecanismo de vigilância do organismo servem para alertar possíveis perigos, desempenhando desta forma um papel protector na preservação do indivíduo e da espécie. Cameron, Bloye e Davies (2004) sugerem que a ansiedade ocorre como resposta à ameaça que é desconhecida, interna ou vaga, de difícil previsão e controlo. Como continuam, transforma-se em medo face a um perigo bem identificado, fazendo-se acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de activação elevada e, por vezes, associa-se ao comportamento de *conservação - retirada* ou condutas de evitamento.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diferentes do que se verifica como norma naquela faixa etária, e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Asbahr, 2004).

As perturbações de ansiedade parecem surgir associadas a situações como dificuldades psicossociais e escolares (Langley, Bergman & Piacentini, 2002; Liashko & Manassis, 2003). Pesquisas levadas a cabo neste âmbito (Batista & Oliveira, 2005), constataram que na adolescência, o medo é habitualmente direccionado a ameaças ou perigos subjectivos, já a ansiedade, relaciona-se com aspectos ligados à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro. Vários autores (Odriozola, 2001; Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000) acreditam que diferentes factores podem estar na origem, ou pelo

menos no desencadear, das perturbações de ansiedade, dando especial destaque aos acontecimentos stressantes em períodos críticos do desenvolvimento. A ansiedade pode aparecer assim em variadas situações como a proximidade de frequências ou exames, a realização e apresentação de trabalhos, assim como a discussão dos mesmos frente a colegas e professores (Claudino & Cordeiro, s.d.). Vejamos a situação da B. para quem os testes de avaliação começaram a ser vividos com intensa ansiedade. Os dias antes, durante e após a realização das provas eram experienciados com intenso mal-estar, e determinadas reacções motoras e fisiológicas começavam a ser evidentes, até ao ocorrer da primeira crise de pânico. De facto, situações stressantes podem ser vividas com intensa ansiedade, todavia, perante uma perturbação de ansiedade, há um amplo leque de consequências negativas que vão para além de um simples mal-estar subjectivo (Graziani, 2005).

As manifestações clínicas da ansiedade variam nas crianças em função da idade e do desenvolvimento cognitivo e emocional (Sanz, 2002). Com base no referido autor, os adolescentes podem evidenciar como principais sintomas de ansiedade, a angústia, medos incontroláveis, dor torácica, obsessões, inibição motora, sentimentos de despersonalização (sentimento de estranheza em relação ao próprio, como se o adolescente se sentisse vazio) e de desrealização (percebe o mundo como se ele não existisse, como se não fosse real).

Efectivamente, estas perturbações interferem significativamente no funcionamento dos jovens em diversas áreas e domínios das suas vidas (Muris, Meesters & Melick, 2002), nomeadamente com prejuízos ao nível do funcionamento familiar, social e escolar (Maia & Rohde, 2007). Se para adolescentes como a B. o próprio processo de adolescência é por si só complicado, quando acompanhado por uma perturbação de ansiedade, maiores são as dificuldades e desafios que se lhes coloca. Para a B., se a tarefa de responder perante a sociedade adequando determinados comportamentos e escolhas que esta lhe exige já é difícil, contudo, coadjuvada por constantes reacções motoras, fisiológicas e cognitivas características duma perturbação de ansiedade, torna-se muito mais penosa. Particularmente para jovens como a B., que adoptam padrões de perfeccionismo e competência elevados, para quem, os resultados escolares assumem extrema importância conjugados com o não alcance desses mesmos resultados objectivados, é visto como um fracasso, uma derrota. Se por um lado, esta abordagem e conceito da B. a predispõe e a torna vulnerável ao surgimento de possíveis perturbações de ansiedade, por outro lado, também contribui para o agravamento e perpetuação de toda a sintomatologia característica da perturbação de pânico quando esta se instala.

Para além dos prejuízos no funcionamento destes jovens, as perturbações de ansiedade potenciam consideravelmente o risco de desenvolver outras perturbações, nomeadamente perturbações do humor (Muris, Meesters & Melick, 2002). Como continuam os referidos autores, em muitos jovens os sintomas de ansiedade cessam espontaneamente

dentro de 3 a 4 anos, todavia, uma proporção substancial destas perturbações acabam por ter um curso crónico persistindo na adultes. Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000) explicam que, de uma maneira geral, as perturbações de ansiedade na infância e na adolescência apresentam um curso crónico, embora flutuante ou episódico, quando não tratados.

Torna-se deste modo necessário enfatizar a importância que cabe aos adultos estarem atentos aos adolescentes da sociedade, não desculpando nem justificando os seus comportamentos como característicos da idade e pressupor que com a maturidade tudo será resolvido e ultrapassado. Cabe sobretudo aos pais e educadores, mas também aos restantes elementos da sociedade estarem atentos e ajudarem os jovens de hoje.

## **XI. Comentário Pessoal**

Como adolescente que é, e sendo a adolescência uma fase da vida em que os medos e as dúvidas são constantes, assim como a vontade e força para os enfrentar, vários foram os momentos em que a B. me transportou e me fez reviver momentos já passados e também eles cheios de medos e dúvidas. Na verdade, ao longo do processo terapêutico que ia decorrendo, e tratando-se duma adolescente a crescer na mesma cidade e a viver nos mesmos locais, que um dia já foram os meus, facilmente se instala um sentimento de companheirismo, de saudade...Foi muito interessante perceber como aquela adolescente em tanto se assemelhava com a adolescente que um dia em mim habitou, cujo os sonhos e aspirações coincidiam, até mesmo na escolha dos cursos, Psicologia ou Terapia da Fala.

Por todos estes motivos foi de facto muito revigorante e revitalizante poder trabalhar com este tipo particular de população pela qual sempre terei um carinho e admiração especial. Particularmente com a B., uma simples adolescente com quem tanto me identifiquei e revivi.

## Capítulo IV – Estilos Parentais em Crianças Hiperactivas do Distrito da Guarda

### Resumo

Numa época em que o número de crianças com Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (PHDA) tem aumentado constantemente, tal como a sua atribuição a má educação ou a falta de competências dos pais modernos, importa perceber o tipo de comportamentos que os ambientes familiares destas crianças lhes promovem. Assim, este estudo tem como objectivo caracterizar os estilos parentais dos pais de crianças com PHDA. Utilizou-se o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, numa amostra de 73 pais do distrito da Guarda com filhos sinalizados com PHDA. Verificou-se que, ao contrário de alguns dados da literatura e do senso comum, os pais englobados no estudo referem adoptar primordialmente práticas autoritativas (47%), para com o seu filho com PHDA. Apenas 16% tem comportamentos permissivos e 8% autoritários. Da amostra, 29% não se inserem em nenhum dos estilos parentais contemplados.

**Palavras-chave:** Estilos Parentais, Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção.

### Abstract

Nowadays the number of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder has been constantly growing. Furthermore, it's said to be caused by bad parenting or lack of parental skills. It is important to know the behaviour that the familiar ambient of these children promote them. The purpose of this study is to characterize the parental standards in children presenting ADHD. It was used the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) wich was applied in a sample containing 73 parents whose children have ADHD, living in Guarda's county. Besides what some literature and common sense states, these parents rather adopt primarily authoritative actions with their ADHD children (47%), than take on permissive (16%) or authoritarian ways (8%). 29% are excluded from these parenting styles.

**Key-words:** Parenting Styles, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

## Introdução

A hiperactividade e a desatenção são aspectos considerados comuns no funcionamento normal dos indivíduos, no entanto podem igualmente acompanhar uma ampla variedade de perturbações (Frances & Ross, 2004).

De um modo geral, quando se fala em perturbação hiperactiva com défice de atenção (PHDA), segundo Papalia, Olds e Feldmen (2001), designa-se um síndrome caracterizado por uma desatenção persistente, impulsividade, baixa tolerância à frustração, distração e actividade elevada em momentos e locais inapropriados. Para Lopez (1998) os indivíduos com PHDA caracterizam-se por apresentar um deficiente desenvolvimento da regulação e manutenção do comportamento por regras e consequências, originando problemas na inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou estímulos e ainda problemas na adesão a regras ou instruções, particularmente em situações em que as consequências do comportamento são distantes, fracas ou inexistentes. As crianças com PHDA exibem persistentes e inapropriados níveis de desatenção, impulsividade e hiperactividade que podem conduzir a dificuldades académicas e sociais e ainda a perturbações do comportamento em geral (Treacy, Tripp & Baird, 2005). Os sintomas aparecem frequentemente como uma tríade diagnóstica (défice de atenção, hiperactividade e impulsividade), mas a PHDA é bifactorial, ou seja, os sintomas de falta de atenção podem ocorrer separadamente dos da impulsividade e hiperactividade (Scandar, 2007). Todavia, como menciona o autor, perante um quadro clínico, não é possível separar a impulsividade da hiperactividade, podendo-se assim falar em três subtipos de PHDA resultantes da combinação dos referidos sintomas.

É importante não confundir as crianças que são normalmente activas com as crianças hiperactivas, nem as crianças distraídas com aquelas que sofrem de défices de atenção (Frances & Ross, 2004). Na opinião de Garcia (2001) há situações em que as crianças são rebeldes, mal-educadas ou agressivas, e situações em que há uma evidente dificuldade em cumprir as regras e permanecerem quietas e sossegadas, quando necessário. E porque a PHDA é também um problema de saúde e não apenas social (Boavista, 2006), é fundamental a prudência no estabelecimento do diagnóstico, para que assim, não se cometam erros como por exemplo, o risco de sobremedicação (Frances & Ross, 2004).

Estudos epidemiológicos têm revelado que a PHDA tem vindo a apresentar maior prevalência nos últimos 15 anos (Stevens & Ward-Estes, 2006; Honeycutt, Sleath, Bush, Campbell & Tudor, 2005), sendo actualmente a perturbação mais comum junto da população infantil (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006). Segundo dados da *American Psychological Association* (2000 cit. in Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007) cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar sofrem desta perturbação, o que equivale, segundo

Sauvé (2006), a aproximadamente entre uma a duas crianças por turma, no ensino básico. No entanto, Dryer, Kiernan e Tyson (2006) chamam a atenção para o facto destes números terem vindo a aumentar exponencialmente, o que pressupõe que, actualmente, o número de crianças com esta perturbação seja superior ao revelado pelos estudos epidemiológicos, uma vez que existem muitas crianças que sofrem desta perturbação, mas não estão sinalizadas como tal. As investigações têm também demonstrado uma maior prevalência da perturbação nas comunidades rurais (Schachar & Tannock, 2002), nos países ocidentais (cuja discrepância se deve provavelmente às diferenças de diagnóstico - DSM-IV-TR, 2002) e no sexo masculino, sendo o *ratio* de aproximadamente três rapazes para uma rapariga (Schachar & Tannock, 2002; Scandar, 2007). Pujol, Palou, Foix, Almeida e Roca (2006) referem ainda que no caso dos rapazes, estes adoptam com mais frequência comportamentos do tipo hiperactivo-impulsivo: desordem, falta de educação, agressividade para com os pares, podendo inclusive enfrentar e desautorizar os educadores ou professores. As raparigas, por sua vez, apresentam maiores problemas de rendimento escolar, ansiedade ou depressão. Sauvé (2006) acrescenta ainda que a PHDA é diagnosticada em todas as classes sociais.

Actualmente é indubitável o aumento do número de crianças sinalizadas com PHDA a frequentar o serviço público de pediatria (Boavista, 2006). Como explica o autor, grande parte delas encontram-se medicadas, e, apesar de opiniões contrárias, estudos neste âmbito têm revelado que a medicação permite efectivamente que as crianças utilizem melhor os seus próprios recursos em termos de funções executivas, ajudando-as a progredir de forma semelhante às restantes crianças. Apesar de não existir nenhuma evidência que indique que a medicação melhora as dificuldades de aprendizagem, como menciona Sadock e Sadock (2007), ela é importante para melhorar os níveis de atenção e comportamentos das crianças. Desta forma, pode dizer-se que, há melhoria no comportamento, no rendimento escolar e no ajustamento social das crianças quando medicadas (Sousa, 2006).

Apesar desta perturbação parecer ser cada vez mais comum na actualidade, as suas causas directas parecem ainda ser desconhecidas (Pujol et al, 2006). Acredita-se que possa ter origem em causas biológicas, psicológicas e sociais que actuam individualmente ou em conjunto, predispondo o sujeito à perturbação (Schachar & Tannock, 2002). Isto é, considera-se que os comportamentos hiperactivos são heterogéneos na sua origem, com um ou mais mecanismos explicativos. Há múltiplos factores que interagem, exercendo cada um os seus efeitos, numa actuação conjunta (García, 2001). De facto, pode dizer-se que as reacções de uma criança com PHDA são o reflexo da conjugação de diversos factores entre si, que podem interagir no mesmo momento, numa mesma situação (Sauvé, 2006).

Na verdade, factores relacionados com as práticas parentais/educativas são descritos como tendo algum tipo de influência nas características desta perturbação (García,

2001; Polaino-Lorente & Ávila, 2002; Silva, 2007; Silva, 2008). Muitos partilham a opinião de que a PHDA é, apenas o resultado de má educação e de falta de competências dos pais modernos (Boavista, 2006; Phelan, 2005). Qual será então o impacto dos estilos parentais no aparecimento e manutenção dos sintomas hiperactivos?

### **Estilos Parentais**

As relações entre pais e filhos e as suas influências no desenvolvimento socioemocional e cognitivo das crianças e adolescentes têm sido um dos principais objectos de estudo, particularmente no domínio da Psicologia do Desenvolvimento (Benetti & Balbinotti, 2003). E a este respeito, os estilos educativos e as dimensões do comportamento parental têm surgido como importantes determinantes do desenvolvimento e adaptação da criança e do adolescente (Ducharne, Cruz, Marinho & Grande, 2006). Weber, Stasiack e Brandenburg (2003) referem que os diversos estudos realizados neste âmbito confirmam a influência significativa dos estilos parentais no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes.

Com base na revisão da literatura, Oliveira, Marin, Pires, Frizzo, Ravanello e Rossato (2002) consideram que o estilo parental refere-se a um conjunto de atitudes dos pais para com as crianças, e este estilo define o clima emocional em que se expressam as várias práticas parentais. Para Steinberg (1993 cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003) é importante que se diferencie claramente estilo e prática parental. Como refere, estilo parental reporta-se a um padrão de comportamento parental expresso dentro de um clima emocional criado pelo conjunto de atitudes dos pais, que inclui as práticas parentais e outros aspectos da interação pais-filhos (e.g. tom de voz, linguagem corporal, descuido, mudança de humor). As práticas parentais, diz corresponderem a comportamentos com conteúdos específicos e objectivos de socialização, ou seja, são apenas estratégias com o objectivo de suprimir comportamentos considerados inadequados ou de incentivar a ocorrência de comportamentos adequados. Por outras palavras, enquanto as práticas parentais variam entre situações, os estilos parentais são relativamente independentes de um contexto específico de socialização, evidenciando-se através da ampla variedade de interacções entre pais e filhos (Oliveira *et al.*, 2002).

Os estudos sobre os estilos parentais surgiram com os trabalhos de Baumrind (1966 cit. in Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004), que servem como base para um novo conceito de estilos parentais, que integra tanto os aspectos comportamentais quanto os afectivos envolvidos na criação dos filhos. Inicialmente, na sua tipologia, a autora propôs três estilos distintos: autoritativo, autoritário e permissivo (Oysermana, Bybee, Mowbray & Hart-Johnson, 2005).

O termo “*authoritative*” é de difícil tradução para português, de tal forma que a maioria dos autores adoptou o conceito autoritativo, apesar de também ser designado por estilo democrático-recíproco (Oliveira *et al.*, 2002) ou competente (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Como refere Montandon (2005), este tipo de pais controlam e apoiam os seus filhos; fixam-lhes regras a respeitar justificando e explicando-lhes o porquê dessas regras, mas, simultaneamente encorajam a sua independência; são exigentes e atentos; incentivam o diálogo compartilhando com a criança o raciocínio por detrás da forma como agem (Weber, Stasiack & Brandenburg, 2003; Leman, 2005). Exercem firme controle nos pontos de divergência, colocando a sua perspectiva de adulto, mas reconhecendo que a criança possui interesses próprios (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg (2004) referem ainda que os pais autoritativos solicitam as objecções da criança quando ela se recusa a concordar, e ainda que não baseiem as suas decisões em consensos ou no desejo da criança.

Relativamente ao estilo Autoritário, de acordo com a tipologia de Baumrind (1966), incluem pais que modelam, controlam e avaliam o comportamento da criança de acordo com padrões e regras de conduta estabelecidas e normalmente absolutas; estimam a obediência como uma virtude e são a favor de medidas punitivas para lidar com os comportamentos da criança que entram em conflito com o que eles pensam ser certo (Weber *et al.*, 2004). Portanto, limitam a autonomia da criança e o ponto de vista dela não é considerado utilizando com frequência punições e reforço negativo (Weber, Selig, Bernard & Salvador, 2006).

Para Baumrind (1966), os pais que seguem comportamentos típicos do estilo Permissivo tentam comportar-se de maneira não punitiva e receptivos dos desejos e acções da criança, apresentando-se como um recurso para realização dos desejos dos seus filhos e não como um modelo, ou como um agente responsável por moldar ou direccionar os seus comportamento (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Cobram poucas responsabilidades da criança, permitindo que ela se auto-regule, sendo a sua característica o reforço positivo (Weber *et al.*, 2006). Por esta razão, apresentam níveis reduzidos de imposição e elevados níveis de responsividade (Oysermana, Bybee, Mowbray & Hart-Johnson, 2005). Leman (2005) atribui a estes pais, a tolerância, afectuosidade e aceitação, sem exercício de autoridade ou controlo sobre os seus filhos, por meio do cumprimento de regras.

Em 1983, Maccoby e Martin, com base nos trabalhos de Baumrind, desdobraram o estilo permissivo em dois: negligente e indulgente (Oliveira *et al.*, 2002). Esta reorganização considera duas dimensões importantes no estudo e compreensão dos estilos parentais: exigência e responsividade (Weber *et al.*, 2006). A primeira, como menciona Ducharme, Cruz, Marinho e Grande (2006), refere-se ao controlo exercido pelos pais, com o intuito de

colocar e fazer cumprir os limites impostos pelas regras sociais e normas morais. Já a dimensão responsividade, implica um domínio afectivo-emocional, referindo-se à sensibilidade dos pais face aos interesses e necessidades dos seus filhos. Os autores acrescentam ainda que estas dimensões são independentes, não se correlacionando. Na sequência do referido autor, e segundo Maccoby e Martin, pais autoritários possuiriam alta exigência e baixa responsividade, os pais permissivos teriam baixa exigência e alta responsividade, os autoritativos, alta exigência e responsividade, e os pais negligentes, apresentam baixa exigência e responsividade (Weber, Selig, Bernard & Salvador, 2006).

Para King, Kraemer, Bernard e Vidourek (2007), dos quatro estilos parentais explorados, o estilo autoritativo parece ser o mais adequado, aquele que tende a educar crianças mais ajustadas socialmente, mais competentes e auto-confiantes. Estas tendem a apresentar maior maturidade psicossocial, maior cooperação com os pares e os adultos, independência e sucesso académico (Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 1995). Em contrapartida crianças ao cuidado de pais não autoritativos parecem estar mais predispostos a desenvolver e manifestar comportamentos desadequados (King, Kraemer, Bernard & Vidourek, 2007). Assim, parece poder afirmar-se que o recurso a estilos autoritativos favorece o estabelecimento de ambientes saudáveis, e proporciona à criança a possibilidade de desenvolver autonomia, iniciativa, confiança e rendimento (King, Kraemer, Bernard & Vidourek, 2007).

### **Estilos Parentais e a PHDA**

Johnston e Ohan (2005) mencionam que décadas de estudos deixaram poucas dúvidas acerca da importância das relações entre pais e filhos para explicar a emergência e manutenção dos comportamentos disruptivos das crianças.

Actualmente assistimos a relações parentais que cada vez mais se instalam em dois pólos opostos, por um lado a negligência, por outro, a super-protecção (Silva, 2008). Como explica a autora, se por um lado somos confrontados com a irresponsabilidade de atitudes parentais despreocupadas, por outro, assistimos a uma mistura de papeis, onde emerge um excesso de reivindicações dos direitos das crianças, minimizando-se os deveres destas enquanto filhos, e as obrigações dos progenitores enquanto pais.

Diversos autores caracterizam os pais de crianças com défices de atenção e comportamentos disruptivos, independentemente da sua idade ou do sexo, como manifestando: 1) mais afecto negativo do que envolvimento positivo e responsividade parental; 2) mais disciplina inconsistente e severa e mais coerção nas relações; 3) estilos parentais mais coercivos ou aversivos; 4) recorrem com frequência ao castigo como técnica de controlo infantil; 5) são mais reprovadores, críticos e autoritários; 6) mais pessimistas e

avaliam mais negativamente as capacidades intelectuais dos seus filhos; 7) exercem menos pressão sobre o desenvolvimento académico destes; 8) participam menos nas suas tentativas de aprendizagem; 9) exercem maior controlo; 10) tendem a ser menos permissivos do que o normal; 11) dão mais ordens e orientações (Johnston & Ohan, 2005; Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006; Garcia, 2001; Lopes, 2006; Keown & Woodward, 2002; Hurt, Hoza & Pelham, 2007).

Em 2005, Lino caracteriza as famílias de crianças com PHDA como famílias superprotectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e/ou manipuladoras. Lopes (2006) afirma que a desorganização e/ou o caos familiar são frequentemente apontados como causas para este distúrbio, assim como para uma maior prevalência de alcoolismo, depressão ou comportamentos antissociais, nestas famílias. Por sua vez, Schwebel, Hodgens e Sterling (2006) referem que disfunções parentais podem efectivamente levar a uma pobre supervisão por parte dos pais, supervisão esta fundamental neste tipo de crianças.

Satake, Yamashita e Yoshida (2004) referem que nas famílias de crianças com PHDA parecem existir atitudes maternas mais negativas e interacções mais conflituosas, sendo frequente a baixa auto-estima e a baixa satisfação parental. Neste sentido, a literatura sugere que, as mães de crianças com problemas de comportamento apresentam frequentemente elevados níveis de depressão, hostilidade, baixa auto-estima, baixo suporte social e insatisfação conjugal (Schwebel, Hodgens & Sterling, 2006). Woodward, Taylor e Dowdney (1998 cit. in Keown & Woodward, 2002) comparam crianças com PHDA com crianças normativas, entre os 7 e os 10 anos, concluindo que estratégias de *coping* maternas pobres e disciplina agressiva estão significativamente relacionados com comportamentos hiperactivos.

Todavia, é importante ter em conta que, muitas vezes, os comportamentos controladores e negativos que os pais têm face aos seus filhos podem constituir uma reacção à própria impulsividade e hiperactividade características desta perturbação, e não propriamente uma causa da mesma (Lopes, 2006). Ou seja, se por um lado os estilos parentais praticados pelos pais destas crianças influenciam as suas incapacidades, também os comportamentos das crianças influenciam as atitudes dos pais, desenvolvendo-se um ciclo vicioso do qual resulta um agravamento da severidade dos sintomas, podendo levar a criança com PHDA a sentir insegurança relativamente às figuras paternas (Lino, 2005).

Como factores protectores e de bom prognóstico Mardomingo (2002) enumera a interacção emocional adequada, a estabilidade familiar, a autoridade bem exercida e o apoio afectivo.

O presente estudo, surgiu no âmbito da atribuição por parte do censo comum, da hiperactividade à má educação ou condutas parentais inapropriadas (Phelan, 2005). Os

objectivos da presente investigação passam por perceber o tipo de comportamentos utilizados com maior frequência pelos pais de crianças sinalizadas com PHDA, residentes no distrito da Guarda, desmistificando e esclarecendo assim as influências da educação neste tipo de população. Visa ainda conhecer eventuais diferenças entre os progenitores, tendo em conta o seu sexo, idade e proveniência geográfica.

## **Metodologia**

### **Caracterização da Amostra**

A amostra foi recolhida por conveniência, englobando apenas os pais de crianças com PHDA que recorreram às Consultas de Desenvolvimento e de Psicologia, no Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., durante os meses de Março, Abril e Maio, de 2008 e Fevereiro, Março e Abril de 2009.

É constituída por 73 sujeitos, pais de 46 crianças com PHDA, dos 6 aos 13 anos de idade, e das quais 80% está medicada. Do total de sujeitos que compõe a amostra 55% são do sexo feminino e 33 (45%) do sexo masculino. As idades dos participantes encontram-se entre os 25 e os 52 anos, sendo a média de idades de 37 anos. A maioria dos sujeitos da amostra estão casados (82%), 15% estão divorciados e apenas 3% se encontra em união de facto. Relativamente à escolaridade, cerca de 37% dos pais que constituem a amostra estudou até ao 4ºano, 11% até ao 6º ano, aproximadamente 22% até ao 9ºano, 23% até ao 12º, e apenas 4% com licenciatura. Dos participantes da amostra, 53% refere ter um estatuto socio-económico médio-baixo, 40% médio e aproximadamente 7% menciona ter um estatuto socio-económico baixo. A maioria dos participantes, cerca de 53%, reside em meios urbanos, habitando os restantes em zonas rurais, sendo que todos os participantes estão inseridos no Distrito da Guarda.

### **Instrumento**

Inicialmente, o instrumento (cf. Anexo XXIII) possui uma ficha de dados pessoais que inclui um conjunto de variáveis e aspectos pessoais dos pais das crianças com PHDA e das próprias crianças: estado civil, escolaridade, estatuto socio-económico dos pais, número de filhos, idade e sexo da criança com PHDA, se está ou não medicada, entre outros.

Utilizou-se o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais. Este Questionário foi originalmente desenvolvido por Robinson, Mandelco, Olsen e Hart (1995) com o Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). Esta versão original possuía 62 itens organizados de acordo com a nomenclatura de Baumrind, ou seja, considerando os estilos

parentais autoritativo, autoritário e permissivo, já explorados (George, 2004). A sua construção procurou ser uma resposta à insuficiência dos métodos até aí existentes na averiguação dos estilos parentais (Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 1995). Como justificam os autores, estes caracterizavam-se por serem métodos indirectos de acesso aos estilos parentais, dado o preenchimento ser feito pelas crianças ou adolescentes, podendo, muitas vezes, as crianças, em particular as mais novas, não compreenderem ou não conseguirem responder ou interpretar adequadamente as questões. Assim, à semelhança de outros autores, lançaram-se no desafio de construir um instrumento que eliminasse estas lacunas (Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 1995), surgindo o PSDQ que se dirige a pais de crianças em idade pré-escolar e escolar, sendo necessário apenas o equivalente ao 4.º ano de escolaridade, para a sua compreensão e preenchimento (Bartel, 2005). O questionário deve ser preenchido por cada elemento parental em separado, devendo cada um designar aquilo que pensa serem as práticas mais utilizadas por si para com o seu filho (Winsler, Madigan & Aquilino, 2005). Permite ainda o preenchimento das práticas que o pai/mãe consideram serem utilizadas pelo seu cônjuge, isto é, permite aceder não só às práticas de cada um, como também às que cada um pensa serem as do seu cônjuge (Rossman & Rea, 2005). Desta forma, como explicam estes últimos autores, os pais, separadamente, deverão classificar cada item de acordo com uma escala do tipo Lickert que vai desde o 1 (nunca tenho estes comportamentos) até ao 5 (tenho sempre estes comportamentos). Os estudos realizados demonstram que o instrumento possui consistência interna adequada e elevada fiabilidade (Diaz, 2005).

Posteriormente, em 2001, os mesmos autores Robinson, Mandelco, Olsen e Hart adaptaram e abreviaram o PSDQ, passando este a conter não os 62 itens anteriores, mas apenas 32 (Bartel, 2005).

No presente estudo procedeu-se à tradução da versão reduzida do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP), que incide sobre as próprias práticas parentais do respondente. Após a aplicação inicial a cerca de 38 sujeitos, e constatando a dificuldade de compreensão das questões relativas à avaliação das práticas parentais do cônjuge, optou-se por incluir apenas os itens referentes à avaliação pelo próprio.

Os 32 itens encontram-se agrupados em 7 subfactores, e estes agrupados nos 3 tipos de estilos parentais, considerando a nomenclatura de Baumrind. Assim, o estilo parental **autoritativo** é constituído por 3 subfactores, são eles o *envolvimento e entusiasmo* (e.g. “Eu encorajo a nossa criança a conversar acerca dos seus problemas”), *raciocínio/indução* (e.g. “Eu destaco os motivos por detrás das regras”) e *participação democrática* (e.g. “Eu tenho em conta os desejos da nossa criança antes de lhe pedir que faça alguma coisa”), cada subfactor com 5 itens, pelo que ao estilo autoritativo correspondem 15 itens (Sharma & Sandhu, 2006). O estilo **autoritário** possui 3 subfactores: *coerção física* (e.g. “Eu

uso o castigo físico como forma de disciplinar a nossa criança”), *hostilidade verbal* (e.g. “Eu censuro e critico a nossa criança para ela melhorar”), e *estratégias punitivas* (e.g. “Eu utilizo castigos e ameaças com pouca ou nenhuma justificação”). Cada subfactor contém 4 itens correspondentes, perfazendo o total de 12 itens para o estilo autoritário (Diaz, 2005). Quanto aos restantes 5 itens, compõe o único subfactor do estilo **permissivo**, o *indulgente* (e.g. “Eu atribuo castigos à nossa criança e ela não os cumpre”) (George, 2004). Assim, para se aceder a cada um dos estilos parentais, deverão ser somados os itens dos subfactores que lhes correspondem, assumindo cada item o valor de acordo com a escala do tipo Lickert (de 1 a 5 valores).

### **Procedimento**

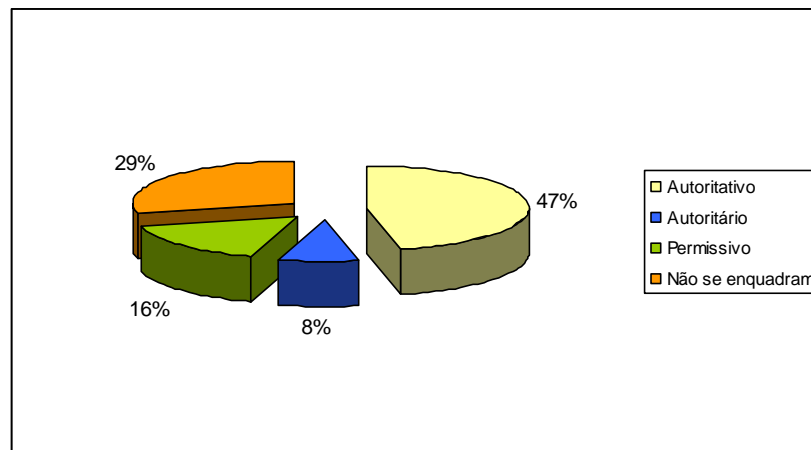
Num primeiro momento foi solicitada autorização ao autor para a tradução e aplicação do questionário à população portuguesa. Requeriu-se igualmente autorização ao Director de Serviço de Pediatria do Hospital Sousa Martins para o desenvolvimento do estudo. Após parecer positivo de ambos procedeu-se à aplicação dos questionários aos pais de crianças sinalizadas com PHDA que frequentaram as Consultas de Desenvolvimento e ou as Consultas de Psicologia do Hospital Sousa Martins, na Guarda e ainda através de conhecidos, ao longo dos meses de Março, Abril e Maio, de 2008. O questionário foi preenchido, na maioria dos casos com o auxílio da estagiária, após a realização da consulta, ou enquanto os pais esperavam na sala de espera. Posteriormente, foi novamente solicitada autorização à Directora Clínica da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., que deu parecer positivo, para se retomar a aplicação dos questionários abrangendo as mesmas consultas, no serviço de Pediatria, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2009.

Os dados foram processados no programa estatístico SPSS (versão 15.00). Com o intuito de determinar se a amostra segue uma distribuição normal, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (K.S.), que confirmou a distribuição normal da amostra, o que permite a utilização de estatística paramétrica.

Uma vez que se pretende a análise simultânea de variáveis dependentes, em função de uma ou mais variáveis independentes, recorreu-se à análise multivariada da variância (MANOVA) (Pallan, 2005). Na análise de variância multivariada as variáveis de resposta são consideradas simultaneamente, permitindo aferir o efeito de variáveis independentes sobre múltiplas variáveis dependentes, evitando o recurso a múltiplas ANOVAS, particularmente quando existe interdependência entre variáveis independentes (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). Os autores referem que recorrendo à análise de variância multivariada, se diminui o risco de erro Tipol. No presente estudo recorreu-se igualmente a análise de frequências.

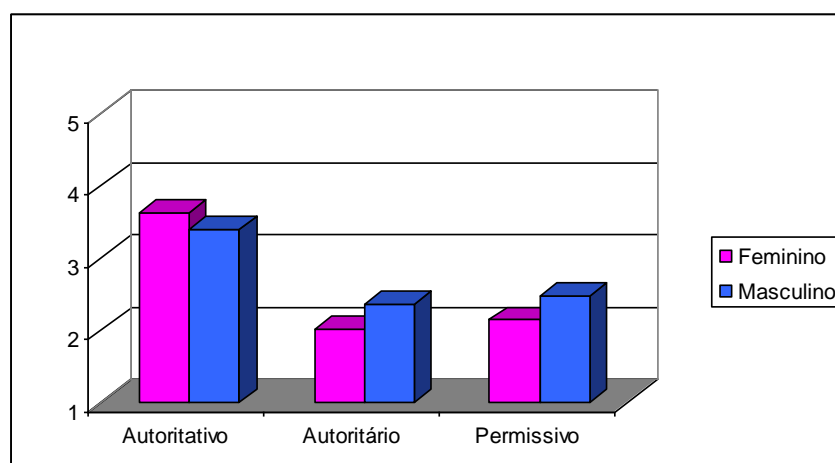
## Resultados

O Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) considera três estilos parentais distintos. Os resultados da distribuição dos comportamentos parentais de acordo com estilos considerados indicam que 47% dos pais pratica estilos autoritativos, 16% permissivos e 8% autoritários. Como ilustra a figura 3, 29% dos pais contemplados na amostra, não se inserem em nenhum dos estilos parentais.



**Figura 3.** Distribuição em percentagem, dos Comportamentos por Estilos Parentais

Ao analisar a variância dos três estilos parentais em função do sexo, recorrendo-se ao teste paramétrico MANOVA, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas [Traço de *Pillai* (3,651)= 0,141;  $p=0,017$ ]. Através da observação da Figura 4, verifica-se que o estilo parental mais frequente entre os pais de crianças com PHDA é o autoritativo (Média=3,44; D.P.=0,73), seguindo do permissivo (Média=2,29; D.P.=0,58) e do autoritário (Média=2,17; D.P.=0,65).

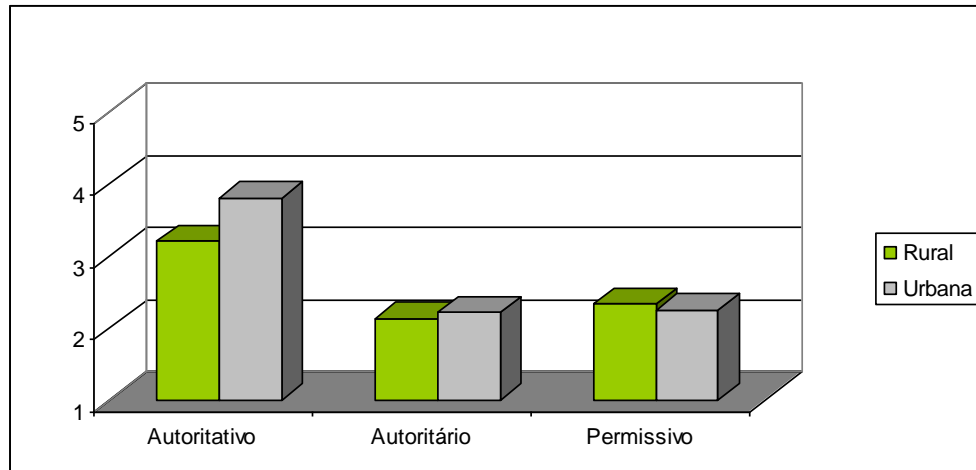


**Figura 4.** Valores médios dos estilos parentais percebidos pelo próprio inquirido, comparativamente entre sexos.

Em função do sexo, observa-se que são as mulheres que assumem mais posturas autoritativas (Média=3,56; D.P.=0,71), comparativamente com os homens (Média=3,29; D.P.=0,74). No que diz respeito ao estilo autoritário são os homens que apresentam valores médios mais elevados (Média=2,36; D.P.=0,72), comparativamente com as mulheres (Média=2,02; D.P.=0,53). O mesmo se passa em relação ao estilo permissivo, apresentando os homens mais atitudes permissivas (Média=2,47; D.P.=0,62), comparativamente com as mulheres (Média=2,14, SD=0,51).

Da análise da variância dos subfactores que compõe os diferentes estilos parentais, em função do sexo, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, no subteste envolvimento/entusiasmo, participação democrática, hostilidade verbal e indulgente. Observa-se que são as mães que mantêm com maior frequência comportamentos de envolvimento e entusiasmo (Média=3,94; D.P.=0,63), comparativamente aos pais (Média=3,60; D.P.=0,95). O mesmo acontece em relação ao subfactor participação democrática, tendo as mulheres mais este tipo de atitudes (Média=3,27; D.P.=0,84) do que os homens (Média=2,99; D.P.=0,69). Por outro lado, verifica-se que são os pais que mantêm mais frequentemente comportamentos de hostilidade verbal (Média=2,82; D.P.=0,79) comparativamente às mães (Média=2,26; D.P.=0,73). Também relativamente a comportamentos indulgentes, são os pais que referem ter mais estes comportamentos (Média=2,47; D.P.=0,62), do que as mães (Média=2,14; D.P.=0,51).

Relativamente à proveniência geográfica dos participantes que compõe a amostra, verifica-se, recorrendo-se ao teste paramétrico MANOVA, que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os habitantes de zonas rurais e de zonas urbanas [Traço de *Pillai* (7,840)= 0.260;  $p=0,000$ ]. Da análise dos resultados, ilustrados na figura 5, observa-se que o estilo parental mais praticado por residentes urbanos e rurais é o autoritativo (Média=3,44; D.P.=0,73), seguindo-se o permissivo (Média=2,89; D.P.=0,58) e o autoritário (Média=2,17; D.P.=0,65).



**Figura 5.** Valores médios dos estilos parentais percebidos pelo próprio inquirido, comparativamente à zona geográfica de residência.

Da análise dos resultados, é possível perceber que são os habitantes do meio urbano que parecem adoptar com mais frequência condutas autoritativas (Média=3,74; D.P.=0,65) comparativamente aos habitantes de meios rurais (Média=3,09; D.P.=0,67). Quanto a estratégias autoritárias, verifica-se que são mais frequentes em habitantes de zonas urbanas (Média=2,21; D.P.=0,62), comparativamente aos habitantes de zonas rurais (Média=2,13; SD=0,68). Por sua vez, observa-se que as estratégias permissivas são mais frequentes nos habitantes de zonas rurais (Média=2,34; D.P.=0,61) do que nos habitantes de zonas urbanas (Média=2,25; D.P.=0,56).

Ao analisar os subfactores que compõe cada estilo parental, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas apenas nos subfactores que compõe o estilo autoritativo, nomeadamente envolvimento e entusiasmo, raciocínio/indução e participação democrática. Observa-se que os habitantes de zonas urbanas praticam com mais frequência comportamentos de entusiasmo e envolvimento para com os seus filhos com PHDA (Média=4,01; D.P.=0,84) comparativamente aos pais rurais (Média=3,53; D.P.=0,67). Relativamente ao subfactor raciocínio/indução, nota-se que são novamente os habitantes de zonas urbanas que preferem recorrer com mais frequência a este tipo de estratégias (Média=3,69; D.P.=0,76), comparativamente aos habitantes rurais (Média=3,03; D.P.=0,89). O mesmo padrão se verifica ao analisar o subfactor participação democrática, optando os pais urbanos (Média=3,50; D.P.=0,69) por este comportamento com mais frequência que os pais rurais (Média=2,74; D.P.=0,68).

Para a análise de eventuais diferenças estatisticamente significativas, relativamente à idade dos progenitores que compõe a amostra, constituíram-se três grupos distintos, em função do número de sujeitos por idade. Assim, formou-se o grupo dos mais novos, com

idades compreendidas entre os 25 e 34 anos, um grupo intermédio, dos 35 aos 39 anos e o grupo dos mais velhos, dos 40 aos 52 anos de idade. Da análise da variância dos estilos parentais em função destes três grupos de idades dos pais de crianças com PHDA, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas [Traço de *Pillai* (1,313) = 0,270;  $p=0,21$ ].

Com o intuito de se percepcionarem eventuais diferenças estatisticamente significativas relativamente às práticas parentais, tendo em conta as diferentes idades das crianças com PHDA, construíram-se três grupos de idades. O primeiro grupo é formado por crianças dos seis aos 8 anos, o seguinte grupo inclui as crianças com nove e dez anos de idade e um terceiro grupo com crianças dos 11 aos 13 anos de idade. Ao analisar a variância dos estilos parentais em função dos grupos de idades das crianças com PHDA que compõe a amostra, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas [Traço de *Pillai* (1,711) = 0,337;  $p=0,062$ ].

### **Discussão e Conclusões**

O presente estudo partiu com o objectivo de compreender as práticas parentais mais comuns com as crianças que apresentam PHDA. Isto é, a percepção da existência de um padrão comportamental neste tipo de população particular, atendendo a eventuais diferenças de acordo com o sexo, idade e proveniência geográfica dos progenitores de crianças com PHDA, do distrito da Guarda. O recurso ao instrumento Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, revelou ser bastante útil e relevante na compreensão dos estilos parentais.

Os resultados obtidos representam uma amostra comportamental, ainda que limitada, das práticas parentais mais comuns neste contexto. É possível identificar a existência de um padrão na forma como os pais, englobados pela amostra, lidam com o seu filho com PHDA. A maioria dos pais abordados, enquadra-se num dos estilos parentais contemplados, todavia 29% parece não seguir um padrão consistente na educação do filho com PHDA. Como explica Ramalho (2006), é habitual encontrarmos pais a oscilar entre estilos, e, se por vezes são permissivos, deixando a criança agir conforme a sua vontade, quando esta não obedece, podem tornar-se autoritários. Este tipo de oscilações parece dificultar a relação pais-filhos, particularmente em crianças com as características típicas da PHDA, uma vez que a criança não sabe os momentos em que deve obedecer, tentando não o fazer.

Relativamente aos pais que seguem um padrão na sua forma de educar, percebe-se que os resultados obtidos com a presente investigação não vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos semelhantes. Diversos autores (Johnston & Ohan, 2005; Finzi-Dottan,

Manor & Tyano, 2006; Garcia, 2001; Lopes, 2006; Keown & Woodward, 2002; Hurt, Hoza & Pelham, 2007) apontam elevada frequência de comportamentos autoritários com as crianças que apresentam PHDA, todavia, tal não se verificou na amostra recolhida. Os estilos autoritativos parecem ser os mais comuns, seguidos de práticas permissivas e apenas uma pequena percentagem parece ter atitudes autoritárias. Importa neste sentido considerar uma série de variáveis que podem justificar os resultados obtidos. Por um lado, o estilo educativo parental e a desorganização familiar têm sido frequentemente apontados como estando na origem da PHDA (Lopes, 2006), sendo a noção de “pais loucos fazem filhos loucos” uma das mais difundidas na sociedade, a respeito da educação dos filhos (Phelan, 2005). Como explica o autor, esta noção está particularmente presente no seio de famílias com crianças sinalizadas com PHDA. Os pais destas crianças percebem que a responsabilidade das características hiperactivas dos seus filhos lhes é constantemente atribuída, apontando-os a sociedade como pais permissivos, incapazes de colocar limites firmes (Phelan, 2005). Percepcionando este tipo de concepções é possível que muitos pais contemplados na amostra tenham optado por responder de forma a favorecerem a visão de si enquanto pais, evitando dar a conhecer ou reconhecer como fazendo parte do seu relatório comportamental, medidas punitivas e controladoras, características do estilo autoritário, ou ainda medidas que não recorrem ao exercício de autoridade ou controlo, próprias de estilos permissivos. Neste sentido, uma possível explicação para os resultados obtidos, que contrariam a literatura vigente, passa pela procura destes pais em transmitir a adopção de comportamentos que promovem o estabelecimento de ambientes saudáveis e que proporcionam à criança a possibilidade de desenvolver autonomia, iniciativa, confiança e rendimento, característicos de estilos autoritativos. É igualmente importante considerar que quem responde pode oscilar entre aquilo que são os comportamentos que tem com o filho com PHDA e os que gostaria de ter. Por outro lado, uma vez que grande parte da amostra foi recolhida em contexto hospitalar, trata-se, na maioria das vezes, de pais interessados e preocupados com a perturbação do filho. São pais que participam no tratamento e controlo dos comportamentos desadequados característicos da perturbação, que se preocupam com o acompanhamento, desenvolvimento e ajustamento do seu filho com PHDA. Deste modo, pode tratar-se de uma amostra não representativa, uma vez que existem muitos pais de crianças que permanecem mal sinalizadas, e que possivelmente não são acompanhadas terapeuticamente, com regularidade. Assim, talvez por estes motivos, estes pais incorram em práticas mais ajustadas, como o são as autoritativas. É ainda importante ter em consideração que 80% das crianças englobadas pelo estudo estão actualmente medicadas. Atendendo a que os estudos realizados neste âmbito, consideram que há melhoria no comportamento, no rendimento escolar e no ajustamento social das crianças quando medicadas (Sousa, 2006), muitos dos comportamentos disruptivos

característicos desta perturbação poderão estar controlados e menos evidentes nestas crianças. Assim, as práticas parentais levadas a cabo podem sofrer esta influência, sendo os pais menos autoritários ou permissivos. Também assim se pode justificar o facto de frequentemente os comportamentos manifestados pelas crianças influenciarem a forma como os pais lidam com elas, sendo os comportamentos negativos que muitos pais têm face aos seus filhos, uma reacção à impulsividade e hiperactividade características desta perturbação e não uma causa da mesma (Lopes, 2006).

A figura feminina é habitualmente associada à maternidade, aos filhos e à sua educação, é vista como uma figura particularmente atenta às necessidades das crianças, naturalmente carinhosa e atenciosa (Sá, 2008). Os resultados obtidos com o presente estudo parecem comprovar a ideia da mãe maternal, preocupada, atenta, afectuosa, que opta primordialmente por práticas autoritativas. Indicam que estas mães optam quase sempre por atitudes de envolvimento e entusiasmo para com os seus filhos com PHDA, reagindo aos seus sentimentos e necessidades, confortando-os, compreendendo-os e elogiando-os quando são bons. Promovem igualmente o raciocínio/indução e a participação democrática como fundamentais na educação dos seus filhos com PHDA. Os dados apontam que as mães têm com maior frequência este tipo de práticas, comparativamente aos pais. Deste modo, contrariando o que alguns autores defendem (Johnston & Ohan, 2005; Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006; Garcia, 2001; Lopes, 2006; Keown & Woodward, 2002; Hurt, Hoza & Pelham, 2007), parecem patentes as diferenças nas práticas parentais, em função do sexo do progenitor. Estes resultados vêm ainda contrariar a existência de disciplina agressiva e interações mais conflituosas que Satake, Yamashita e Yoshida (2004) e Keown e Woodward (2002) referem frequentes nas mães de crianças com PHDA. Contrariamente ao descrito pela literatura (Woodward, Taylor & Dowdney, 1998 cit. in Keown & Woodward, 2002), parecem ser os pais que recorrem com mais frequência que as mães a comportamentos autoritativos e permissivos para lidarem com o seu filho com PHDA, mantendo maior agressividade e frequentes estratégias punitivas e permissivas.

Tomando um outro objectivo do estudo, a eventual variância dos estilos parentais em crianças com PHDA em função da proveniência geográfica, fica patente que os pais que residem em áreas urbanas têm com maior frequência práticas autoritativas e autoritárias, comparativamente com os residentes de zonas rurais. Por sua vez, estes parecem ter mais atitudes permissivas em relação aos filhos com PHDA. Esta ideia vai ao encontro da noção do senso comum, que atribui aos pais residentes em zonas rurais, mais atitudes despreocupadas e tolerantes na educação dos seus filhos (Neophytou & Weber, 2005).

No que diz respeito à idade dos progenitores e das crianças com PHDA, e tal como refere a literatura (Johnston & Ohan, 2005; Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006; Garcia, 2001; Lopes, 2006; Keown & Woodward, 2002; Hurt, Hoza & Pelham, 2007), parece não

influenciar significativamente o tipo de comportamentos e práticas parentais que os progenitores mantêm em relação aos seus filhos com PHDA. Sugerindo este dado a permanência das atitudes parentais por parte de pais mais velhos e mais novos. Estes parecem ainda não ser influenciados pela idade do filho com PHDA, todavia, importa lembrar que a amostra contempla crianças dos 6 aos 13 anos de idade.

Por fim salienta-se que ao longo da realização do estudo, surgiram algumas dificuldades e limitações, particularmente relacionadas com a recolha da amostra e utilização do instrumento. Grande parte das pessoas contempladas pelo estudo apresenta acentuadas dificuldades de literacia. Muitos, como é possível perceber na caracterização da amostra, estudaram apenas até ao 4º ano de escolaridade, apresentando muitas dificuldades na leitura e particularmente na compreensão dos itens do questionário. O recurso ao instrumento denunciou algumas dificuldades, nomeadamente ao nível do conhecimento de vocabulário, uma vez que existiam termos semelhantes entre os itens, e que os pais revelaram não entender. Também as questões da desejabilidade social, anteriormente referidas, deveriam ser trabalhadas (e.g. colocando itens invertidos ou complementando a informação com recurso a outros instrumentos ou através do contacto com as crianças e observação directa). Neste sentido, seria pertinente a adaptação e possível aferição do instrumento às particularidades da população portuguesa.

Futuramente seria pertinente a ampliação desta pesquisa, contribuindo deste modo para a crescente compreensão das crianças com PHDA e das características que lhe estão associadas, nomeadamente: (1) perceber se os pais de crianças não medicadas mantêm o mesmo tipo de padrões que os das crianças não medicadas; (2) aceder a famílias que não acompanhadas terapeuticamente, compreendendo possíveis diferenças com as que regularmente consultam o pediatra e ou psicólogo; (3) estabelecer-se uma comparação por casal, percebendo as suas diferenças e semelhanças particulares; (4) conseguir a opinião da criança acerca dos pais, e estabelecer um paralelismo entre ambos; (5) ou comparar práticas parentais em crianças com PHDA e crianças sem estarem sinalizadas como tal.

## Conclusão

*“A observação do que ocorre à nossa volta, como sempre, é a melhor forma de aprender. Se nos esforçamos por olhar e reflectir sobre o que vemos, perceberemos que as pessoas são felizes ou infelizes, não pelo que lhes acontece, mas pela forma como encaram a sua vida.”* (Reyes, 2007, p. 68).

O presente documento pretende descrever e relatar o conjunto de actividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular em Psicologia, enfatizando as competências inerentes ao *Europsy*. Pretende no fundo, ser um testemunho do que se espera ser o papel do Psicólogo, Mestre em Psicologia, nos vários contextos de trabalho, desde o processo inicial de avaliação, passando pela intervenção psicológica, individual ou em grupo, não esquecendo ainda a investigação psicológica científica de problemáticas específicas em populações particulares ou num contexto mais amplo.

Ambiciona, no entanto, espelhar muito mais do que as competências profissionais exigidas ao Psicólogo. Porque na verdade, pode-se ser treinado para dialogar, escutar e observar, e estas capacidades facilitar-nos-ão a aquisição de conhecimentos (Reyes, 2007). Todavia, a acção do Psicólogo não passa apenas pela sua formação académica. Não se pode descorar o conjunto de competências pessoais e sociais que lhe são exigidas no exercício da sua profissão. É importante que cada um de nós, psicólogos, possua no seu reportório, muito mais do que os conhecimentos intelectuais e técnicos adquiridos aquando da formação tradicional. É crucial que o profissional tenha adquirido ferramentas como o são a consciência de si próprio, o auto-controlo e a auto-regulação, a motivação, a empatia e as habilidades sociais.

É este conjunto de competências intelectuais, académicas, técnicas, pessoais e sociais, que constituirão a formação dum excelente profissional. Tal não o seria possível, sem o trabalho efectivo no terreno, em contacto directo com as pessoas, que são no fundo, o nosso objectivo e objecto de acção.

Com o trabalho apresentado, pretende-se ainda evidenciar a adequação do exercício da Psicologia aos vários contextos e exigências próprias destes. Isto é, apesar de todo o relatório, nas várias fases de intervenção, ser pautado e dirigido a uma população muito particular, as crianças e os adolescentes, o método de acção não pode ser sempre igual. Deverá ser adequado ao tipo de objectivos da intervenção e mais ainda, ao sujeito em particular.

Um dado curioso relaciona-se com facto de, nas três fases distintas do documento, avaliação, intervenção e investigação psicológicas, se fazer alusão a uma perturbação

específica, a perturbação hiperactiva com défice de atenção. As diferentes formas como se trabalha esta perturbação, retratam bem a importância de se adequar a acção em função da população e objectivos da intervenção.

Por fim, a reflexão que se segue parece espelhar a importância de se gostar do exercício profissional, particularmente na área da psicologia:

*“... a aprendizagem deve ir de mãos dadas com o estímulo, a satisfação, a plenitude, o prazer...; desta forma, as aprendizagens perdurariam e facilitariam a aquisição de novos conhecimentos” (Reyes, 2007, p. 210).*

## Referências Bibliográficas

- Alamy, S. (2003). *Ensaio de Psicologia hospitalar – a ausculta da alma*. Belo Horizonte: Edição independente.
- Alizadeh, H.; Applequist, K. F. & Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect*, 31, 567 – 572.
- Almeida, L. S. (1994). *Inteligência: Definição e Medida*. Aveiro: Edição CIDINE.
- Almeida, L. S.; Simões, M. R. & Gonçalves, M. M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Almeida, L.; Simões, M.; Machado, C. & Gonçalves, M. (s.d.). *Avaliação Psicológica, Vol. II - Informação sobre o livro*. Coimbra: Quarteto.
- Amaral, V. L. (2007). *A Inteligência*. Brasil: Programa Universidade Distância.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica (7ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos Ansiosos na Infância e Adolescência: Aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80 (2).
- Ballas, Y, G.; Alves, I. C. B. & Duarte, W. F. (2006). Ansiedade em Adolescentes Portadores de Diabetes Mellitus. *BOLETIM DE PSICOLOGIA*, 56 (124), 111 – 125.
- Bartel, T. M. C. (2005). *Factors Associated with Attachment in International Adoption*. Tese de Doutoramento não publicada, Kansas State University, Manhattan.
- Batista, M. A. & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes, *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 43 – 50.
- Benetti, S. P. C. & Balbinotti, M. A. A. (2003). Elaboração e Estudo de Propriedades Psicométricas do Inventário de Práticas Parentais. *Psico – USF*, 8 (2), 103 – 113.
- Boavista, J. E. (2006). Hiperactividade ou “má educação”? *Saúde Infantil*, 28 (2), 3 – 5.
- Borges, D. H. (2008). O Sanatório Sousa Martins: Uma Obra Única e Original do Arquitecto Raúl Lino. *Guarda Viva – Boletim Municipal*, 2, 6 – 7.
- Bruyere, S. M.; VanLooy, S. & Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview. *Rehabilitation Psychology*, 50 (2), 1 – 21.
- Cabral, P. (2003). SOCORRO, Tenho um Filho Hiperactivo!. *Revista Pais & Filhos*.
- Cabral, W. (2007). *A Atuação do Psicólogo no Hospital para a Promoção de Saúde* [on-line]. Retirado de <http://www.redepsi.com.br/portal> em 5 de Abril de 2008.

- Canella, E. A.; Coloniesi, R. E.; Dias, N. M.; Brunelli, M. C. & Radomile, M. E. S. (2007). *Protocolos de Atendimento no Respaldo da Atuação do Psicólogo em Hospital Geral* [on-line]. Retirado de [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) em 5 de Abril de 2008.
- Cameron, A. D.; Bloye, D. & Davies, S. (2004). *Psychiatry (2ª Ed.)*. Spain: Editor Dan Horton – Szar.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20 – 3.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Revista Ciência e Profissão*, 24 (3), 48 – 57.
- Cavaleri, A. M. A. P. & Soares, A. B. (2007). O que é a inteligência? Uma perspectiva histórico evolutiva. *Rev. Cient. Cent. Univ. Barra Mansa*, 9 (17), 4 – 16.
- Claudino, J. & Cordeiro, R. (s.d.). Níveis de Ansiedade e Depressão nos Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 197 – 210.
- Detoni, M. (2001). *Inteligência*. São Paulo: CEAV – SCV.
- Diaz, Y. (2005). *Associations Between Parenting and Behavior Problems Among Latino Mothers and Children*. Tese de Mestrado não publicada, University of Maryland, College Park.
- Dryer, R.; Kiernan, M. J. & Tyson, G. A. (2006). Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields. *Australian Journal of Psychology*, 58 (2), 79 – 92.
- Ducharme, M. A. B.; Cruz, O.; Marinho, S. & Grande, C. (2006). Questionário de Estilos Educativos Parentais (QEEP). *Psicologia e Educação*, 5 (1), 63 – 75.
- Duclos, G.; Laport, D. & Ross, J. (2006). *A Auto-estima dos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Falqueto, J.; Lima, W. C.; Borges, P. S. S. & Barreto, J. M. (2001). O Desenvolvimento de uma Métrica para sistemas de IA. *Sociedade Cubana de Bioingeniería*, 344.
- Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 8 (2), 187 – 193.
- Fernandes, M. H. B. & Bühner, E. A. C. (2005). A Inteligência em Evidência no Ensino/Aprendizagem de Línguas Estrangeiras. *ANALECTA*, 6 (2), 21 – 31.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de caso*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Finzi-Dottan, R.; Manor, I. & Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 103 – 114.

- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos – DSM-IV-TR – Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- García, I. M. (2001). *Hiperactividade – Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- George, M. E. (2004). *Relations Between Parenting Styles and the Social Status of School-Age Children with their Peers*. Tese de Mestrado não publicada, The Florida State University, Florida.
- Gomes, J. P. (1981). *História da Diocese da Guarda*. Braga: Editora Pax.
- Gomes, H. B. (2007). A História do Nosso Departamento. *Bola de Neve*, 0, 3 – 4.
- Gouveia, J. P.; Carvalho, S. & Fonseca, L. (2007). *Pânico – da Compreensão ao Tratamento, 3ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e Perturbações de Ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Groth-Marnat, G.; Gallagher, R. E.; Hale, J. B. & Kaplan, E. (2000). The Wechsler Intelligence Scales. In Groth-Marnat, G. (Ed.), *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice – A Guide to Test Interpretation and Integration*. New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Honeycutt, C.; Sleath, B.; Bush, P. J.; Campbell, W. & Tudor, G. (2005). Physician use of a participatory decision-making style with children with ADHD and their parents. *Patient Education and Counseling*, 57, 327 – 332.
- Hurt, E. A.; Hoza, B. & Pelham, W. E. (2007). Parenting, Family Loneliness, and Peer Functioning in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Abnorm Child Psychol*, 35, 543–555.
- Jatobé, J. A. V. N. & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *J Bras Psiquiatr*, 56 (3), 171 – 179.
- Jelder, M., Mayou, R., & Jeddes, J. (1999). *Psychiatry (2ª Ed)*. New York: Oxford University Press.
- Johnston, C. & Ohan, J. L. (2005). The Importance of Parental Attributions in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity and Disruptive Behavior Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (3), 167 – 182.
- Jornal “A Guarda”. (2007). *Recriação Histórica Evoca 100 Anos do Hospital Sousa Martins*. A Guarda [on-line]. Retirado de <http://www.jornalaguarda.com/index.asp?idEdicao=197&id=8371&idSeccao=2168&Action=noticia> em 19 de Janeiro de 2008.
- Jornal de Notícias (2005). *Funcionários do Velho Sanatório vão Plantar Árvores*. Jornal de Notícias [on-line]. Retirado de [http://jn.sapo.pt/2005/01/08/centro/funcionarios\\_velho\\_sanatorio\\_plantar.html](http://jn.sapo.pt/2005/01/08/centro/funcionarios_velho_sanatorio_plantar.html) em 19 de Janeiro de 2008.

- Kaufman, A. S. & Lichtenberger, E. O. (2004).** *Claves para la Evaluación con el WAIS-III, 3ª Edición.* Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Keoppen, A. S. (1974).** *Relaxation Training for Children.* *Elementary School Guidance and Counseling*, 9 (1), 9 – 90.
- Keown, L. J. & Woodward, L. J. (2002).** Early Parent–Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 541 – 553.
- King, K. A.; Kraemer, L. K.; Bernard, A. L. & Vidourek, R. A. (2007).** Foster Parents' Involvement in Authoritative Parenting and Interest in Future Parenting Training. *J Child Fam Stud*, 16, 606–614.
- Leitão, L. M. (2004).** *Avaliação Psicológica em Orientação Escolar e Profissional.* Coimbra: Quarteto
- Leite, C. B. (2006).** *O Papel do Psicólogo Hospitalar* [on-line]. Retirado de [http://www.monteklinikum.com.br/noticias/not\\_26\\_01\\_06.htm](http://www.monteklinikum.com.br/noticias/not_26_01_06.htm) em 5 de Abril de 2008.
- Leman, P. J. (2005).** Authority and moral reasons: Parenting style and children's perceptions of adult rule justifications. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (4), 265 – 270.
- Liashko, V. & Manassis, K. (2003),** Medicated Anxious Children: Characteristics and Cognitive-Behavioural Treatment Response. *Canadian Journal Psychiatry*, 48 (11).
- Lino, T. A. L. R. (2005).** Distúrbio do Défice da Atenção [On-line]. Retirado em 12 de Outubro de 2007 de [www.Psicologia.com.pt](http://www.Psicologia.com.pt).
- Lopes, J. A. (1998).** *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula.* Braga. Lusografe.
- Lopes, J. A. (2006).** *A Hiperactividade.* Coimbra: Quarteto.
- Maia, A. C. B. & Fonseca, M. L. (2002).** Quociente de Inteligência e Aquisição de Leitura: Um Estudo Correlacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 261 – 270.
- Maia, C. M. R. & Rohde, L. A. (2007).** Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr*, 29 (1), 72 – 79.
- Maia, C. & Vereijão, C. (s.d.).** *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção – Um Guia para Professores.* Novartis.
- Marcelli, D. (2005).** *Infância e Psicopatologia.* Lisboa: Climepsi Editores.
- Mardomingo, M. J. (2002).** *Psiquiatria para Padres y Educadores – Ciencia e Arte.* Madrid: Narcea, S. A..
- Montandon, C. (2005).** As Práticas Educativas Parentais e a Experiência das Crianças. *Educ. Soc.*, 26 (91), 485 - 507.

- Montgomery, S. A.** (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreira, P.** (2002). *Para uma Prevenção que Previna (3ª Edição)*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, P. A. S.** (2004). *As Emoções São Nossas Amigas – Emoções Positivas e Regulação Emocional*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. A. S.** (2007). *Stop! Disciplina e auto-controlo*. Porto: Porto Editora.
- Muris, P.; Meesters, C. & Melick, M.** (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 33, 143 – 158.
- Neophytou, K. & Weber, R.** (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. *Australian Social Work*, 58 (3), 313 – 325.
- Noffs, M. H. S.; Yazigi, L.; Pascalicchio, T. F.; Caboclo, L. O. S. F. & Yacubian, E. M. T.** (2006). Desempenho Cognitivo de Pacientes com Epilepsia do Lobo Temporal e Epilepsia Mioclônica Juvenil: Avaliação por meio da Escala WAIS-III. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, 12 (1), 7 – 12.
- Organização Mundial da Saúde** (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Classificação Detalhada com Definições*. Direcção-Geral da Saúde.
- Odriozola, E.E.** (2001). *Perturbações da Ansiedade na Infância*. Lisboa: McGrawHill.
- Oliveira, E. A.; Marin, A. H.; Pires, F. B.; Frizzo, G. B.; Ravello, T. & Rossato, C.** (2002). Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 1 – 11.
- Oysermana, D.; Bybee, D.; Mowbray, C. & Hart-Johnson, T.** (2005). When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28, 443–463.
- Pallan, J.** (2005). *SPSS Survival Manual (2nd ed.)*. Berkshire: McGrawHill.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D.** (2001). *O Mundo da Criança (8ª Edição)*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Pereira, J. F.** (1995). *Guarda*. Lisboa: Presença.
- Phelan, T. W.** (2005). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade – Sintomas, Diagnóstico e Tratamento – Crianças e Adultos*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda..
- Polaino-Lorente, A. & Ávila, C.** (2002). *Como Vivir con un Niño Hiperactivo – Comportamiento, Diagnostico, Tratamiento, Ayuda Familiar e Escolar*. Madrid: Narcea.

- Pujol, B. M.; Palou, R. N.; Foix, L. S.; Almeida P. T. & Roca, B. R. (2006). *Guia Práctica para Educadores – El Alumno con TDAH, Transtorno por Deficit de Atención com o sin Hiperactividad*. Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.
- Ramalho, V. (2006). *Lá em Casa Mandam Eles – como os pais podem lidar cm as birras, a oposição e o desafio, 3ª Edição*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Rey, J. M.; Walter, G.; Plapp, J. M. & Denshire, E. (2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 453 – 457.
- Reyes, M. J. A. (2007). *A Inutilidade do Sofrimento, 19ª Edição*. Póvoa de Santo Adrião: A Esfera dos Livros.
- Robinson, C. C.; Mandelco, B.; Olsen, S. F. & Hart, C. H. (1995). Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Practices: Development of a New Measure. *Psychological Reports*, 77, 819 – 830.
- Rossmann, B. B. R. & Rea, J. G. (2005). The Relation of Parenting Styles and Inconsistencies to Adaptive Functioning for Children in Conflictual and Violent Families. *Journal of Family Violence*, 20 (5), 261 – 277.
- Sá, E. (2008). *Más Maneiras de Sermos Bons Pais – O Futuro Aceita Pessoas Imperfeitas*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock – Compêndio de Psiquiatria, Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (9ª Edição)*. São Paulo: Artmed.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa (3ª ed.)*. São Paulo: McGrawHill.
- Santos, B. M. R.; Matos, Z.; Coelho, S. M. M.; Borges, L. & Mol, I. C. A. (2007). *Múltiplas Inteligências e Aprendizagem Significativa*. Não publicado. Universidade del Norte.
- Sanz, M. J. M. (2002). *Psiquiatria para Padres y Educadores – Ciencia y Arte*. Madrid: Nancea.
- Satake, H.; Yamashita, H. & Yoshida, K. (2004). The Family Psychosocial Characteristics of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder With or Without Oppositional or Conduct Problems in Japan. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (3), 219 – 235.
- Sauvé, C. (2006). *Domesticar a Hiperactividade e o Défice de Atenção..* Lisboa: Climepsi Editores.
- Scandar, R. O. (2007). *Inquietos, distraídos, diferentes? – Orientação e conselhos para pais, educadores e professores de crianças com defice de atencao e hiperactividade*. Portugal: Ediba Europa Eon.
- Schachar, R. & Tannock, R. (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit In Rutter, M. & Taylor, E. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry, Fourth Edition*. Oxford: Blackwell Science.

- Schwebel, D. C.; Hodgens, J. B. & Sterling, S. (2006). How mothers parent their children with behavior disorders: Implications for unintentional injury risk. *Journal of Safety Research*, 37, 167 – 173.
- Scott, R., Mughelli, K. & Deas, D. (2005). An Overview of Controlled Studies of Anxiety Disorders Treatment in Children and Adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97(1).
- Sequeira, H. L. R. (2003). *O Dever da Memória – Uma Rádio no Sanatório da Montanha*. Guarda: Câmara Municipal da Guarda.
- Sequeira, H. L. R. (2006). Na Guarda do Sanatório Sousa Martins. *Diário da Guarda* [online]. Retirado de [http://www.diariodaguarda.com/modules.php?op=modload&name=PagEd&file=index&opic\\_id=6&page\\_id=223](http://www.diariodaguarda.com/modules.php?op=modload&name=PagEd&file=index&opic_id=6&page_id=223) em 19 de Janeiro de 2008.
- Sequeira, H. L. R. (2007). O papel desta cidade, do seu Sanatório, não pode ser esquecido no historial da luta contra a tuberculose em Portugal. *A Guarda*, 1475 (122), 12 -13.
- Sergeant, J. & Taylor, E. (2002). Psychological Testing and Observation. In Rutter, M. & Taylor, E. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry, Fourth Edition*. Oxford: Blackwell Science.
- Sharma, V. & Sandhu, G. K. (2006). A Community Study of Association between Parenting Dimensions and Externalizing Behaviors. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 2 (2), 48 – 58.
- Silva, A. F. (2007). Hiperactividade. *Revista HUNIVERSAL da CVP*, 25, 17 – 18.
- Silva, S. (2008). *Papel Parental em Perturbações do Comportamento Infantil*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica não Publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Simões, M. R. (1994). *Notas em Torno da Arquitectura da Avaliação Psicológica*. *Psychologica*, 11, 7 – 44.
- Sousa, A. A. (2006). Intervenção Farmacológica. In Lopes, J. A. (Ed.), *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Stevens, J. & Ward-Estes, J. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Hersen, M. & Thomas, J. C. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology – Child Psychopathology, Volume 3*. New Jersey: John Wiley & Sons. Inc..
- Teste de Saúde (2008). Hiperactividade - Energias e atenção bem orientadas. *Teste de Saúde*, 70, 32 – 35.
- Tortella-Foliu, M., Servera, M., Balle, M., & Sullana, M. A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 371-387.
- Treacy, L.; Tripp, G. & Baird, A. (2005). Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 36, 223 – 233.

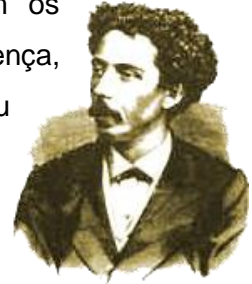
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vieira, A. P. (1993). Sinais de Alarme num Adolescente Deprimido em Risco de Suicídio. *Revista Noesis*, 28, 52 – 54.
- Weber, L. N. D.; Brandenburg, O. J. & Viezzer, A. P. (2003). A Relação entre o Estilo Parental e o Otimismo da Criança. *Psicologia-USF*, 8 (1), 71 - 79.
- Weber, L. N. D.; Stasiack, G. R. & Brandenburg, O. J. (2003). Percepção da Interação Familiar e Auto-estima de Adolescentes. *Aletheia*, 17 (18), 95 -105.
- Weber, L. N. D.; Prado, P. M.; Viezzer, A. P. & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 323 - 331.
- Weber, L. N. D.; Selig, G. A.; Bernard, M. G. & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos Estilos Parentais através das Gerações – Transmissão Intergeracional de Estilos Parentais. *Paidéia*, 16 (35), 407 - 414.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2001a). *Escala de Inteligencia de Wechsler paraAdultos III – Manual Técnico, 2ª Edición*. Madrid: TEA Ediciones, S. A..
- Wechsler, D. (2001b). *Escala de Inteligencia de Wechsler paraAdultos III – Manual de Aplicación y Corrección, 2ª Edición*. Madrid: TEA Ediciones, S. A..
- Winsler, A.; Madigan, A. L. & Aquilino, S. A. (2005). Correspondence Between Maternal and Paternal Parenting Styles in Early Childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 1 – 12.

## **Anexos**

## Anexo I. Enquadramento Institucional do HSM

### Hospital Sousa Martins – Breve Resenha Histórica

Nos finais do séc. XIX acentuou-se a luta contra a tuberculose, doença infecciosa que flagelava o país e a cidade da Guarda (Gomes, 1981). A tuberculose fazia as suas vítimas entre as gerações mais novas e entre os que ocupavam cargos de mais elevado risco, como eram os artífices, os operários e os empregados públicos (Sequeira, 2003). Como continua o autor, pensava-se na época que esta doença infecciosa tinha que ser curada com ar puro, repouso e muita alimentação. Vários foram os estudiosos e científicos que se dedicaram ao estudo desta doença, destacando-se indubitavelmente o médico Sousa Martins que defendeu desde cedo a importância das condições atmosféricas da Serra da Estrela e particularmente da cidade da Guarda, sugerindo a implementação de Casas de Saúde nesta zona (Sequeira, 2003).



Em meados de 1899, com a afincada dedicação da Rainha D. Amélia aos doentes com tuberculose, surgiu, com o seu precioso contributo, a Assistência Nacional aos Tuberculosos que tinha como principais objectivos a criação de Hospitais Marítimos (como preventórios infantis), Sanatórios de Montanha (para tuberculosos passíveis de cura), estabelecimento de uma rede nacional de Institutos localizados nas capitais de Distrito e finalmente a existência de hospitais direccionados para o acompanhamento de doentes incuráveis, de forma a evitar o contágio e propagação da doença (Sequeira, 2003).

Antes mesmo de ser criado o primeiro Sanatório da referida organização, Sanatório este localizado na cidade da Guarda, muitas eram já as pessoas que procuravam a cidade a «ares», devido aos benefícios do clima, naquilo a que chamavam *cura livre*, ou seja, vivência em clima de montanha, sem acompanhamento médico regular ou outros cuidados e que acreditavam ajudar a combater a doença (Gomes, 1981).



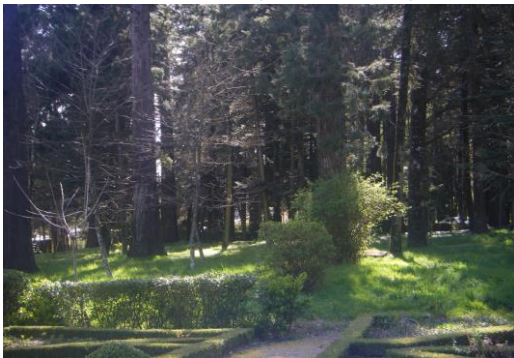
Eram de facto evidentes as excelentes condições climatéricas que a cidade da Guarda proporcionava a estes doentes: pressão atmosférica baixa, ar puro, seco, isento de germes, raros nevoeiros, elevada ozonização e acção intensa da luz, principalmente na prevenção e no aumento



da resistência à progressão da doença (Pereira, 1995). Foi então que o Doutor Lopo de Carvalho (na altura Delegado de Saúde da Guarda) propôs a construção de um Sanatório, aceite pela presidente da Associação Nacional aos Tuberculosos, a Rainha D. Amélia, que se empenhou na criação do que viria a ser o primeiro Sanatório desta instituição, sediado

na cidade da Guarda (Sequeira, 2006). A Rainha não quis deixar passar o notável trabalho do Doutor Sousa Martins, e em sua honra e pelo seu empenho à causa da tuberculose, atribuiu a este Sanatório o seu nome, Sanatório Sousa Martins (Pereira, 1995). A sua inauguração teve lugar no dia 18 de Maio de 1907, com a presença de Suas Majestades D. Carlos e D. Amélia (Borges, 2008). Foi delegado ao Doutor Lopo de Carvalho o cargo de primeiro Director do Sanatório, seguindo-se ilustres referências como o Dr. Amândio Paul, Dr. Amândio Paul, Dr. Ladislau Patrício, Dr. Mário Cardoso e Dr. Martins Queiroz.

Situado a 1039 metros de altitude e abrangendo uma área de 27 hectares, com uma mata de pinheiros e abetos, possuía todas as comodidades e conforto no tratamento dos doentes que sofriam de tuberculose pulmonar, anemia, fraqueza orgânica, impaludismos, entre outras doenças graves, era considerado na época uma moderníssima unidade de saúde (Pereira, 1995). Como menciona o último autor referenciado, foram construídos inicialmente três pavilhões para doentes de primeira, segunda e terceira classe,



denominados respectivamente de Lopo de Carvalho, António de Lencastre e Rainha D. Amélia. Abrangia igualmente estruturas de apoio e administração, um pavilhão de isolamento para doenças intercorrentes, seis *chalets* para famílias que preferiam viver independentemente, a sede da Farmácia e do novo posto radiológico para

diagnóstico e tratamento e, finalmente, o edifício destinado à lavandaria a vapor e rouparia (Borges, 2008). No espaço do Sanatório construiu-se ainda uma capela revivalista, estruturalmente simples (Pereira, 1995). Como afirma Sequeira (2003), o Sanatório Sousa Martins começou a ser uma cidade, dentro da própria urbe guardense.

Durante várias décadas do século passado, o Sanatório foi o grande cartaz de propaganda da Guarda, conhecida como “a cidade da saúde”, contribuiu também e inquestionavelmente para o desenvolvimento económico da Guarda, assim como para o seu desenvolvimento cultural (Sequeira, 2007).

Em 1950, devido à instituição de uma nova Lei que abre as portas a toda a pessoa com tuberculose, é construído um novo pavilhão, passando a ter a capacidade para albergar cerca de 600 doentes em simultâneo (Sequeira, 2003).



Na década de 70, a terapêutica começou a ser ministrada em ambulatório, implicando uma significativa alteração no tratamento da doença e conseqüentemente as instituições senatoriais sofreram um rápido declínio, sendo algumas pura e simplesmente encerradas enquanto que outras eram integradas em Hospitais Centrais ou Distritais (Sequeira, 2007). Assim sendo, em finais de 1975 o Sanatório Sousa Martins passou a

integrar o Hospital Distrital da Guarda, já mais tarde, em 1989 adoptou a actual designação de Hospital Sousa Martins (Jornal “A Guarda”, 2007). Alguns pavilhões que pertenciam ao Sanatório e que não reuniam condições para ali serem instalados serviços hospitalares foram cedidos a algumas Instituições, tais como um pavilhão cedido à Sub-região de Saúde e Centro de Saúde da Guarda, dois dos *chalés* foram cedidos a título precário à Cercig e outros dois *chalés* à Escola Superior de Enfermagem (fonte HSM).

Em parte renovado e/ou construído funcionam actualmente no designado Parque da Saúde o Hospital Sousa Martins, o Centro de Saúde, a sede da Sub-Região de Saúde da Guarda, o Centro de Psiquiatria e Saúde Mental e, ainda, uma estação de rádio local, a Rádio Altitude (Jornal de Notícias, 2005).

### **Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)**

A origem deste serviço é relativamente diferentes dos restantes serviços que fazem parte do Hospital Sousa Martins, como tal, é apresentado sumariamente o seu surgimento e desenvolvimento até aos dias de hoje.

Com a designação inicial de Centro de Saúde Mental da Guarda, esta instituição teve a sua origem no ano de 1987 (Gomes, 2007). Continua afirmando que, na altura operava num edifício localizado na praça Luís de Camões, onde actualmente está sediado o Centro de Atendimento a Toxicodependentes, dispondo na época de apenas três médicos psiquiatras, uma enfermeira e alguns funcionários administrativos tarefeiros. Nesta época, o Centro de Saúde Mental da Guarda, estava em vigor somente em regime de consulta externa.

Em meados de 1990 transfere de localização, passando a ocupar as actuais instalações (Gomes, 2007). Como menciona o autor, nesse mesmo ano, o Centro de Saúde Mental passa a adoptar o serviço comunitário, ainda em fase embrionária e, alguns meses depois, o internamento de doentes psiquiátricos agudos.

Após a publicação de um Decreto de Lei, no ano de 1992, que visa a extinção/integração de todos os Centros de Saúde Mentais, o Centro de Saúde Mental da Guarda passa a fazer parte integrante do Hospital Sousa Martins, adoptando a actual designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (Gomes, 2007).

Actualmente o departamento propõe-se a dar resposta às funções de assistência psiquiátrica, de investigação, de ensino médico (pré e pós graduação), de enfermagem, de psicologia, entre outros, abrangendo todo o distrito da Guarda (Gomes, 2007). Para tal, possui vários sectores, nomeadamente as Consultas Externas, Internamento de Doentes Agudos, Serviço de Visitação Domiciliária (designado por Serviço Comunitário) e ainda Urgência Psiquiátrica (a funcionar no Serviço de urgência do HSM). É actualmente constituído por uma equipa de profissionais designadamente cinco Médicos Psiquiatras,

uma Psicóloga, dezasseis Enfermeiros, dez Auxiliares de Acção Médica e duas Administrativas.

### Referências Bibliográficas

- Alamy, S. (2003). *Ensaio de Psicologia hospitalar – a auscultação da alma*. Belo Horizonte: Edição independente.
- Borges, D. H. (2008). O Sanatório Sousa Martins: Uma Obra Única e Original do Arquitecto Raúl Lino. *Guarda Viva – Boletim Municipal*, 2, 6 – 7.
- Cabral, W. (2007). *A Atuação do Psicólogo no Hospital para a Promoção de Saúde* [on-line]. Retirado de <http://www.redepsi.com.br/portal> em 5 de Abril de 2008.
- Canella, E. A.; Coloniesi, R. E.; Dias, N. M.; Brunelli, M. C. & Radomile, M. E. S. (2007). *Protocolos de Atendimento no Respaldo da Atuação do Psicólogo em Hospital Geral* [on-line]. Retirado de [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) em 5 de Abril de 2008.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Revista Ciência e Profissão*, 24 (3), 48 – 57.
- Gomes, J. P. (1981). *História da Diocese da Guarda*. Braga: Editora Pax.
- Gomes, H. B. (2007). A História do Nosso Departamento. *Bola de Neve*, 0, 3 – 4.
- Jornal “A Guarda”. (2007). *Recriação Histórica Evoca 100 Anos do Hospital Sousa Martins*. A Guarda [on-line]. Retirado de <http://www.jornalaguarda.com/index.asp?idEdicao=197&id=8371&idSeccao=2168&Action=noticia> em 19 de Janeiro de 2008.
- Jornal de Notícias (2005). *Funcionários do Velho Sanatório vão Plantar Árvores*. Jornal de Notícias [on-line]. Retirado de [http://jn.sapo.pt/2005/01/08/centro/funcionarios\\_velho\\_sanatorio\\_plantar.html](http://jn.sapo.pt/2005/01/08/centro/funcionarios_velho_sanatorio_plantar.html) em 19 de Janeiro de 2008.
- Leite, C. B. (2006). *O Papel do Psicólogo Hospitalar* [on-line]. Retirado de [http://www.monteklinikum.com.br/noticias/not\\_26\\_01\\_06.htm](http://www.monteklinikum.com.br/noticias/not_26_01_06.htm) em 5 de Abril de 2008.
- Pereira, J. F. (1995). *Guarda*. Lisboa: Presença.
- Sequeira, H. L. R. (2003). *O Dever da Memória – Uma Rádio no Sanatório da Montanha*. Guarda: Câmara Municipal da Guarda.
- Sequeira, H. L. R. (2006). Na Guarda do Sanatório Sousa Martins. *Diário da Guarda* [on-line]. Retirado de [http://www.diariodaguarda.com/modules.php?op=modload&name=PagEd&file=index&topic\\_id=6&page\\_id=223](http://www.diariodaguarda.com/modules.php?op=modload&name=PagEd&file=index&topic_id=6&page_id=223) em 19 de Janeiro de 2008.
- Sequeira, H. L. R. (2007). O papel desta cidade, do seu Sanatório, não pode ser esquecido no historial da luta contra a tuberculose em Portugal. *A Guarda*, 1475 (122), 12 -13.

**Anexo II.** Programa informativo a facultar aos pais dos participantes do Grupo “Aprender a Crescer”



**Hospital Sousa Martins**

- Guarda -



**Grupo Terapêutico:**

**“Aprender a Crescer”**



Consultas de Psicologia

Projecto Organizado e Coordenado por:

Dr.<sup>a</sup> Marta Capelo

Sara Terras

Janeiro de 2008

A hiperactividade e a desatenção são aspectos considerados comuns no funcionamento normal dos indivíduos, senão mesmo ideais, no entanto podem igualmente acompanhar uma ampla variedade de perturbações (Frances & Ross, 2004).

De um modo geral, quando se fala em perturbação hiperactiva com défice de atenção (PHDA), segundo Papalia, Olds & Feldmen (2001), refere-se a um síndrome caracterizado por uma desatenção persistente, impulsividade, baixa tolerância à frustração, distração e actividade elevada em momentos e locais inapropriados. Pode dizer-se que a PHDA consiste num deficiente desenvolvimento da regulação e manutenção do comportamento por regras e consequências (Lopez, 1998). Com base no referido autor, esta deficiência origina problemas como inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou estímulos e ainda problemas na adesão a regras ou instruções, particularmente em situações em que as consequências do comportamento são distantes, fracas ou inexistentes. As crianças com PHDA exibem persistentes e inapropriados níveis de inatenção, impulsividade e hiperactividade que podem conduzir a dificuldades académicas e sociais e ainda a perturbações do comportamento em geral (Treacy, Tripp & Baird, 2005).

Tratar-se de uma perturbação cada vez mais frequente e prevalente na população. Para ter uma ideia, é actualmente a perturbação mais comum junto da população infantil (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006), afectando cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar, o que equivale, segundo Sauvé (2006), aproximadamente entre 1 a 2 crianças por classe, no ensino básico.

Pelas características da perturbação, estas crianças manifestam diversos problemas associados, entre os quais rendimento académico inferior às suas capacidades (insucesso escolar), baixa auto-estima (ouve frequentemente que está errado e que não fez isto ou aquilo bem), problemas emocionais (depressão, sentimentos de desconfiança, insegurança), problemas de comportamento, dificuldades nas relações familiares (os pais perdem a paciência) e sociais (muitas vezes são rejeitados pelos pares), entre outros (Maia & Vereijão, s.d.).

De um modo geral, as possibilidades de tratamento disponíveis e que apresentam maior eficácia, incluem sempre um acompanhamento pluridisciplinar (Maia & Vereijão, s.d.). Isto é, deverá incluir uma componente farmacológica, pedagógica e psicológica dirigida aos pais, professores e crianças. A comunicação e colaboração dos pais é fundamental, se não mesmo crucial para o sucesso de qualquer implementação terapêutica (Lopes, 2006).

Tendo em conta as considerações acima referidas e reconhecendo o conjunto de implicações negativas que a PHDA acarreta para a criança, para a família e para todo o contexto social em que esta se insere, foi elaborado um novo projecto de intervenção psicológica, o programa “Aprender a Crescer”.

De um modo geral, este projecto pretende ser uma mais valia no desenvolvimento e adaptação da criança hiperactiva.

### Programa

A principal finalidade deste projecto é a alteração dos comportamentos desadequados das crianças com PHDA, modificando-os por novas formas de estar, de se relacionarem com os outros e

de se sentirem a elas próprias, em suma, **promover o ajustamento psicológicos** dos seus participantes.

Pretende-se portanto um trabalho grupal, que do ponto de vista terapêutico, ambiciona activar a evolução individual. Isto é, alterna-se entre a dualidade de se trabalhar uma identidade grupal ou colectiva, ao mesmo tempo que se trabalha a identidade singular.

### Objectivos

- Melhoramento do auto-controlo e auto-conhecimento;
- Aprender a canalizar a atenção e concentração;
- Despende energia, ajudando-o a agir de forma construtiva;
- Aumento da concentração e memorização;
- Disciplina e respeito pelas regras;
- Resolução de problemas;
- Treino de competências sociais;
- Aprender a ser assertivo;
- Melhorar o autoconceito e auto-estima;
- Promover uma identidade grupal ou colectiva – dinâmica de grupo;

Para o cumprimento e alcance do vasto conjunto de objectivos serão propostas diversas e diversificadas actividades lúdicas, procedimentos e estratégias a trabalhar em grupo e com o grupo.

Muitas das actividades propostas surgem com base no programa “Crescer a Brincar” (Moreira, 2002a) que tem como principal objectivo a promoção do ajustamento psicológico nas crianças. Este programa procura integrar os aspectos que as diversas investigações neste âmbito apontam como importantes de abordar. Consiste portanto num conjunto de actividades que procuram trabalhar na criança variáveis tão importantes do ser pessoa como as emoções, pensamentos, valores, sonhos...

Trata-se nas palavras do autor de:

*“...dar às crianças oportunidades de crescimento total e holístico e não apenas um crescimento cognitivo e tecnológico...”*

### Horário

Realizar-se-ão sessões quinzenais, com duração de 1 hora cada, com início pelas 17.30h nas instalações das consultas externas de pediatria do Hospital Sousa Martins. A 1ª sessão terá lugar no próximo dia 29 de Janeiro de 2008 e a partir daí quinzenalmente.

### Contacto

Se necessitar de entrar em contacto connosco a fim de obter algum esclarecimento, dúvida ou por outro motivo, pode fazê-lo através do telefone das consultas externas de pediatria 271200371, ou através do email: sara.terras@mail.com.

### **Sessão 1.**

Objectivos:

Apresentação dos elementos do grupo;  
Promover sentimentos de segurança e pertença grupal;  
Estabelecimento de aliança terapêutica entre os elementos e os terapeutas;  
Explicitar o programa, o seu funcionamento e regras;  
Motivar para o programa;  
Estabelecimento de um contracto.

Actividades:

Jogos;  
Histórias;  
Participação na elaboração do contracto e assinatura das crianças e terapeutas do mesmo.

**Sessão 2.**

Objectivos:

Continuar a promoção de sentimentos de segurança e pertença grupal bem como da aliança terapêutica;  
Fomentar a atenção e concentração em actividades propostas;  
Contenção da impulsividade;  
Treino de relaxamento.

Actividades:

Jogos;  
Histórias;  
Exercícios de relaxamento.

**Sessão 3.**

Objectivos:

Trabalhar a disciplina e o respeito pelas regras;  
Promover a aquisição do autocontrolo;  
Treino de relaxamento.

Actividades:

“Stop! Disciplina e autocontrolo”;  
Exercícios de relaxamento.

**Sessão 4.**

Objectivos:

Perceber “o que são as emoções”;  
Promover a regulação emocional;

Desenvolver estilos de comunicação e expressão emocional mais adaptativos;

Actividades:

“Olá, Obrigada”

“As emoções são nossas amigas”.

**Sessão 5.**

Objectivos:

Consolidar aprendizagens praticadas ao longo das sessões anteriores;

Fomentar a realização de actividades livres;

Realizar um ponto da situação relativamente às aprendizagens já consolidadas e às etapas que requerem mais treino, percebendo a progressão do grupo e de cada elemento em particular.

Actividades:

Treino de exercícios aprendidos anteriormente, ao longo das sessões decorridas;

Exercícios de relaxamento;

Jogos,

Pinturas/ desenhos.

**Sessão 6.**

Objectivos:

Promoção de autonomia e competências no processo de tomada de decisões e resolução de problemas;

Treino de relaxamento.

Actividades:

“Eu decido!”

Exercícios de relaxamento.

**Sessão 7.**

Objectivos:

Incrementar o autoconceito e a auto-estima.

Actividades:

“Eu sou único e especial”;

Jogos.

**Sessão 8.**

Objectivos:

Desenvolver auto-estima positiva.

Continuação dos trabalhos iniciados na sessão anterior.

Actividades:

“Eu sou único e especial”;

Jogos.

### **Sessão 9.**

#### Objectivos:

Reflexão acerca das aprendizagens consumadas;

Avaliar os ganhos terapêuticos realizados pelas crianças ao longo do programa;

Partilha de experiências, sugestões e actividades;

Generalização das aprendizagens.

#### Actividades:

Exercícios propostos pelas crianças;

Jogos;

Entrega dos certificados de participação.

### **Referências Bibliográficas**

Finzi-Dottan, R.; Manor, I. & Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 103 – 114.

Frances, A. & Ross, R. (2004). Casos Clínicos – DSM-IV-TR – Guia para o diagnóstico diferencial. Lisboa: Climepsi Editores.

Lopes, J. A. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula*. Braga: Lusografe.

Lopes, J. A. (2006). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Maia, C. & Vereijão, C. (s.d.). *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção – Um Guia para Professores*. Novartis.

Papalia, D. E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança (8ª Edição)*. Lisboa: McGraw-Hill.

Moreira, P. (2002). *Para uma Prevenção que Previna (3ª Edição)*. Coimbra: Quarteto.

Sauvé, C. (2006). *Domesticar a Hiperactividade e o Défice de Atenção..* Lisboa: Climepsi Editores.

Treacy, L.; Tripp, G. & Baird, A. (2005). Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 36, 223 – 233.

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.

**Anexo III. Materiais utilizados ao longo do programa “Aprender a Crescer”**

- Sentimómetro – Regulação das emoções e pensamentos, adaptado de Moreira, 2004, p. 116.
- Contrato de Participação
- Diploma de Participação
- Avaliação dos aspectos positivos e negativos do programa e sugestões

#### **Anexo IV. “Perturbações Alimentares”**

- Panfleto Informativo
- Cartaz

## **Anexo V. “Epilepsia”**

- Panfleto Informativo
- Cartaz

**Anexo VI. “Depressão Infantil”**

- Panfleto Informativo
- Cartaz

**Anexo VII. “Perturbações de Ansiedade”**

- Panfleto Informativo
- Cartaz

**Anexo VIII. “Suicídio na Infância e Adolescência”**

- Panfleto Informativo

**Anexo IX. “Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção”**

- Panfleto informativo destinado aos pais

## Anexo X. Diapositivos da apresentação da acção de formação “Treino de Competências Sócias”

### Treino de Competências Sociais

*Hospital Sousa Martins*  
*Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental*





*Psicóloga Clínica: Marta Capelo*  
*Psicóloga Clínica Estagiária: Sara Terras*

Estágio Curricular em psicologia Clínica e da Saúde

**O Comportamento Social**

Conjunto de acções, atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta em relação à comunidade, aos indivíduos com que interage e a ele próprio.

**Comportamento Socialmente Competente ou Habilidoso**

Comportamentos emitidos em contexto interpessoal, que expressam sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos, de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais e que, geralmente, soluciona os problemas imediatos da situação e diminui a probabilidade de futuros problemas.

(Bueno, Oliveira, & Oliveira, 2001)

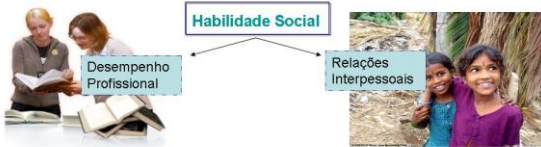
**Competência Social**

Está relacionada com o sucesso ou não do comportamento. Refere-se à avaliação da adequação do comportamento e do efeito por ele produzido, numa dada situação.

**Habilidade Social**

Diferentes classes de comportamentos (observáveis e não observáveis) que são necessários à competência social.

≠



Têm sido desenvolvidas intervenções nesta área com a denominação geral de Treino de Habilidades Sociais (THS). O THS consiste no ensino directo e sistemático de habilidades interpessoais com o propósito de aperfeiçoar a competência individual e interpessoal em situações sociais.

**Objectivo do THS**

Possibilitar ao sujeito a adopção de comportamentos sociais específicos, tornando-o socialmente mais apto e adaptado.

(Ramsthaler, s.d.; Del Prette, 2005; Cia, Pereira, Del Prette, & Del Prette, 2006; Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerik-Carneiro, 2000)

### Origem do Treino de Habilidades Sociais...

- Salter (1949)** A primeira e habitualmente considerada como a mais importante contribuição no estudo das Habilidades Sociais. Clara influência dos trabalhos de Pavlov. Desenvolveu técnicas para aumentar a expressividade verbal e facial.
- Wolpe (1958)** Deu continuidade aos trabalhos de Salter. Foi o primeiro autor a utilizar o termo "assertivo", dando início a um amplo movimento denominado Treino Assertivo.

- Paralelamente a esta tendência norte-americana, que evoluiu a partir das noções de comportamento assertivo e competência social... [1]
- Surge em Inglaterra o desenvolvimento de estudos sobre habilidades sociais. [1]



Abordagem Norte-Americana	Abordagem Europeia
Enfoque clínico [2]. Os organismos eram vistos como reactivos ao meio externo. Baseados no comportamentalismo. Ênfase no estudo da assertividade	Foco psicossocial [3]. O indivíduo respondia a questões internas (motivação, necessidades). Baseados no cognitivismo. Propõe THS [4].

(Jiménez, 2003)

[1] Apesar de existirem outros trabalhos, estas são consideradas como as duas principais vertentes na origem das competências sociais. [2] Trabalhos de Wolpe e Lazarus [3] Influídos pela psicologia social de Argyle, com uma clara influência de questões laborais e organizacionais (indústria e educação) [4] Mais centrados nas condutas não-verbais da interacção social

**Modelos Explicativos**

**Teoria da Aprendizagem Social [1]**

A aquisição das habilidades sociais ocorre ao longo de toda a vida.  
 O sujeito vai alterando a forma como se comporta socialmente, tendo de se adaptar constantemente, para que se mantenha ajustado ao contexto social.

(Perido, 2004)

- Instruções
- Modelagem
- Reforço

[1] Segundo esta teoria, os procedimentos através dos quais adquirimos e aprendemos os comportamentos sociais na idade adulta são os mesmos utilizados ao longo da infância.



**Psicologia Social**

Contribuiu para o conhecimento acerca dos processos implicados e necessários para um desempenho social habilidoso. [1]

(Camilo, Rodriguez, & López, 2005).



**Técnicas cognitivo-comportamentais [2]**

Ganharam notoriedade com Wolpe e Lazarus, baseiam-se nos princípios derivados dos estudos laboratoriais de análise experimental do comportamento [3].

(Bueno, Oliveira, & Oliveira, 2001)



[1] Percepção Social; Atracção Interpessoal; Comunicação não-verbal; Desempenho de papéis, etc. [2] Nas quais se incluem igualmente as técnicas originárias da Teoria da Aprendizagem Social. [3] Recorre a técnicas como ensaio comportamental, reforçamento, modelagem, modelação (real e simbólica), feedback (verbal e videofeedback), relaxamento, tarefas de casa, dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva.

**Habilidades Sociais e Problemas Psicológicos**

Qual a relação?

Actualmente, a investigação em Habilidades Sociais tem vindo a dar atenção, principalmente no estudo da relação entre



Alguns Estudos...

Identificam altas taxas de inadequação social, associados a problemas psiquiátricos ou psicológicos, apesar de não sugerirem uma relação de causalidade. [1]

(Magalhães, & Murta, 2003)

[1] Há de facto uma estreita relação entre o funcionamento social e perturbações do comportamento.

**Relação entre as falhas de condutas sociais e problemas psicológicos:**

- 1) A falha no manuseamento de habilidades sociais pode levar à rejeição por parte dos outros, e consequentemente ao isolamento e insatisfação do sujeito com a sua forma de actuar;
- 2) Uma perturbação mental pode afectar negativamente a conduta social, produzindo maior deterioração do funcionamento do sujeito.

	<i>Área Social</i>	<i>Área Psicológica</i>	
<b>Problema</b>	Falha no uso das Habilidades Sociais	Rejeição Social, Isolamento, Insatisfação com a forma de actuar	<b>Consequência</b>
<b>Consequência</b>	Dificuldades nas Relações Interpessoais	Problemas Psicológicos	<b>Problema</b>
	<i>Área Psicológica</i>	<i>Área Social</i>	

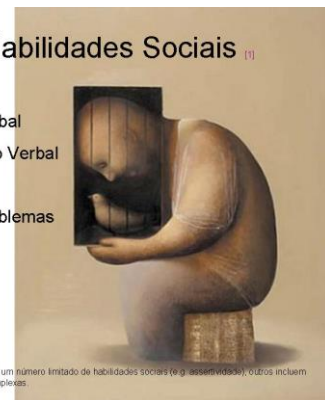
(Camilo, Rodriguez, & López, 2005).

Actualmente o THS é uma das técnicas mais potentes e frequentemente utilizadas para o tratamento de problemas psicológicos, facilitando a melhoria na efectividade interpessoal e na qualidade de vida.

(Jiménez, 2003)

**Treino de Habilidades Sociais [1]**

- ▶ Comunicação Verbal
- ▶ Comunicação Não Verbal
- ▶ Assertividade
- ▶ Resolução de Problemas

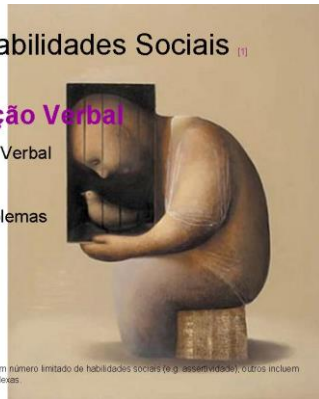


[1] Alguns programas focam-se no treino de um número limitado de habilidades sociais (e.g. assertividade), outros incluem situações e habilidades mais variadas e complexas.

## Treino de Habilidades Sociais [1]

### ► Comunicação Verbal

- Comunicação Não Verbal
- Assertividade
- Resolução de Problemas



[1] Alguns programas focam-se no treino de um número limitado de habilidades sociais (e.g. assertividade), outros incluem situações e habilidades mais variadas e complexas.

## Comunicação Verbal



→ É o mais complexo e apurado meio de comunicação disponível.

### Conteúdo da Mensagem

Preciso  
Claro  
Conciso/Directo/Objectivo

Utilizar exemplos que ilustrem aquilo que se pretende dizer  
Não pressupor que a outra pessoa já sabe o que se quer transmitir, apenas porque se deram algumas pistas ou sugestões

### Empatia

- Capacidade de nos colocarmos no lugar do outro.
- Implica a capacidade para modificar a nossa comunicação, para assim transmitir a mensagem num nível compatível com a capacidade de percepção do receptor.
- A empatia é importante, não só na transmissão da mensagem, como na percepção do *feedback* que nos chega do receptor.



### Tomar a iniciativa em relação aos outros

#### Iniciar Conversas

Qualquer actividade comum  
Aparência ou comportamento do outro indivíduo

Alguma coisa que lhe chame a atenção na aparência ou comportamento do outro indivíduo



#### Terminar Interações Indesejáveis

"Perdoe-me interrompê-lo, mas tenho de me ir já embora..."

Não perder a calma: "Vejo que não posso falar consigo agora, volto mais tarde quando estiver em condições de o fazer"

Não dizer nada e escutar calmamente, com bom contacto ocular, esperando que o outro baixe o tom de voz.

Técnica do risco riscado

### Usar frases na 1ª pessoa

- Dizer «eu» significa assumir a responsabilidade pelos próprios pensamentos, sentimentos e acções, não atribuindo as culpas aos outros nem causando defesas desnecessárias

Em vez de «tu irritas-me», dizer «eu sinto-me irritado»

Em vez de «tens razão», dizer «eu concordo»

### Dar e Receber Elogios ou Cumprimentos

- Os elogios deverão ser feitos em termos dos próprios sentimentos e não em termos de factos absolutos.

Em vez de «és fantástico», dizer «eu acho-te fantástico»

- Quando os elogios são feitos ao próprio, agradecer e recebê-los com modéstia, todavia modéstia fora de propósito pode ser geradora de desconforto.



### Fazer Críticas

- Por vezes é importante e necessário fazer críticas construtivas

Relacionamentos Interpessoais

Relacionamentos Íntimos/  
Amorosos

#### Como Fazer Críticas

Ser concreto e preciso - centrar-se nos factos

Não permitir que os conflitos se acumulem

Fazer uma crítica de cada vez

Não pedir desculpa: não é culpado por ter uma crítica para fazer

Não utilizar as palavras "NUNCA" e "SEMPRE"

Não exigir o impossível: ser realista

Realçar o lado positivo das situações

Sugerir uma solução realista e aceitável para todas as partes interessadas

Tentar resolver o problema em privado antes de o fazer em público.



**Receber Críticas**

É importante perceber e distinguir o tipo de críticas que nos são dirigidas

**Crítica Agressiva ou Manipulativa:**

Reflexo do estado emocional de quem a transmite e não tanto uma reacção apropriada ao comportamento do outro

É dirigida à pessoa globalmente e não a aspectos particulares do comportamento

**Crítica Afirmativa ou Construtiva:**

Dirigido ao conteúdo verbalizado ou a aspectos do comportamento e não à pessoa



**Estratégias para Promover a Eficácia da Crítica**

Fazer as críticas em termos dos próprios sentimentos e não como afirmações absolutas

Não criticar a pessoa globalmente, mas antes, dirigir a crítica para aspectos específicos do comportamento

Pedir modificações específicas do comportamento (não devemos pressupor que o outro sabe como nos satisfazer)

A conversação deve começar e acabar com uma nota positiva. Para diminuir o tom negativo do diálogo devem fazer-se elogios ou algum tipo de considerações positivas

Moderar o tom de voz, não deixar transparecer zanga ou raiva



**Como lidar com as críticas**

Técnica do Nevoeiro

Questionar sinceramente a outra pessoa no sentido de clarificar o conteúdo e natureza da crítica

Podemo-nos propor a uma modificação do comportamento, trabalhar para uma solução de compromisso. Ou seja, após receber um crítica oferecer-se para modificar o comportamento.

➔ A crítica deve ser percebida como emissão de opinião, que pode ter várias respostas e não tem que ser necessariamente algo que nos perturbe!

**Treino de Habilidades Sociais [1]**

- ▶ Comunicação Verbal
- ▶ **Comunicação Não-Verbal**
- ▶ Assertividade
- ▶ Resolução de Problemas



[1] Alguns programas focam-se no treino de um número limitado de habilidades sociais (e.g. assertividade); outros incluem situações e habilidades mais variadas e complexas.

**Comunicação Não - Verbal**



➔ Através do corpo, forma privilegiada de comunicação não verbal, reforça-se ou nega-se o que se diz verbalmente.

A comunicação não verbal realiza-se através de **códigos**

➔ Não são apenas sistemas para organizar e compreender dados  
Desempenham funções comunicativas e sociais

➔ A comunicação corporal assume papel de relevo no acto de comunicar:  
Cerca de 65% das mensagens que se emitem e recebem ao longo do dia são não verbais!

**Postura corporal**



➔ Relaciona-se, muitas vezes, com atitudes interpessoais (amistosidade, hostilidade, superioridade ou inferioridade), pode também indicar um estado emocional (grau de tensão ou descontração).

➔ A postura ideal varia consoante a situação.  
**Regra Geral:** Estável e descontraída, direita mas não rígida nem demasiado relaxada

➔ É mais difícil de controlar do que a expressão facial, podendo denunciar-se na postura, por exemplo, estados de ansiedade não visíveis no rosto.

Os primeiros contactos são especialmente importantes.

### Proximidade/ Espaço Interpessoal

- O grau de proximidade que estabelecemos com alguém pode transmitir o relacionamento que temos com essa pessoa.
- Optar por uma distância entre as pessoas que seja confortável para um e para o outro (dependendo da situação e do grau de familiaridade).  
Se a altura do outro coloca um dos elementos em desvantagem, o ideal será ambos se sentarem para falar.

### Contacto Físico

- Quem tocamos, onde e quando o fazemos veicula importantes mensagens sobre o relacionamento.
- Variável entre povos de diferentes culturas;



### Expressão Facial

- Principal sistema de sinais para mostrar emoções,
- Acompanha, reforça ou atenua partes do discurso verbal
- Exprime vários papéis na interacção social, não só o estado emocional do receptor, como a atitude deste para com os outros, e ainda feedback contínuo ao interlocutor.

#### Alguns Exemplos...

Aborrecimento ou a confusão podem ser indicados por uma ruga;  
A inveja ou a incredulidade, pelo levantar das sobrancelhas;  
O antagonismo, pelo cerrar dos maxilares ou por um olhar de soslaio.  
Quando uma pessoa está furiosa, cerra os maxilares e os lábios;  
Uma pessoa que está em posição defensiva, sem querer mostrar a sua fúria e com a intenção de reagir o menos possível também fica com os lábios cerrados e franzidos.



### Contacto Visual



- Indica a atenção e serve para perceber e dar a perceber os sinais não verbais ao receptor.
- Através dele podem ser enviadas vários tipos de mensagens
- Funciona tanto como um canal receptor como um sinal emissor!

#### Evitar

Fugir ao contacto visual  
Olhar fixamente para o outro.

#### Optar por

Olhar directo mas não excessivo  
Descontraído, interessado e atencioso



### Gestos

- A mão e o braço são os principais transmissores do gesto, sendo os gestos da cabeça também importantes.
- Estão intimamente relacionados com a fala e complementam a comunicação verbal.

#### A Evitar

Gestos distractivos como tamborilar e roer as unhas,  
Gestos que perturbam a comunicação, como a mão à frente da boca ou cruzar os braços.

Optar por Gestos Expressivos mas não excessivos



#### Evitar

Manter uma expressão fácil, firme, inexpressiva e incoerente com o que se está a transmitir verbalmente.

Habitualmente a inconsistência entre o que se está a dizer e a expressão facial, resulta de um desejo de protecção, caso o receptor considere o conteúdo da mensagem inaceitável.



#### Optar por

Utilizar expressões faciais concordantes com aquilo que se está a dizer e, particularmente, com os sentimentos que se está a expressar

- se estamos zangados, mostremo-nos zangados,
- se estamos felizes, optemos por sorrir.

A expressão facial revela menos variações inter-culturais do que a maioria dos códigos utilizados na comunicação.

### Sorriso

- Convida à comunicação, transmite uma atitude amigável.

#### Evitar

Sorrisos falsos e incoerentes

#### Optar por

Sorrisos sinceros, abertos e coerentes com a situação e contexto  
E principalmente congruentes com a comunicação verbal transmitida

O sorriso espontâneo, por transportar em si mesmo autenticidade, convence o receptor, impede e resolve conflitos, cria um ambiente propício à boa comunicação.



**Utilização da Voz**



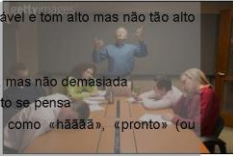
- A voz é um instrumento de comunicação.
- Aspectos como volume, tom, timbre, clareza, velocidade, ênfase, fluidez, pausas são muitas vezes determinantes na qualidade e percepção da mensagem.

**Evitar**

Tom de voz muito baixo (transmitem insegurança e/o medo)  
Tom demasiado alto, que pode colocar o receptor na defensiva

**Optar por**

Discurso seguro e fluente, ritmo adequado e estável e tom alto mas não tão alto que se torne irritante.  
Entoação consistente com o conteúdo verbal.  
Procurar responder à outra pessoa com rapidez, mas não demasiada.  
Fazer silêncios quando for adequado ou enquanto se pensa.  
Não preencher as pausas com não palavras como «hããã», «pronto» (ou «prontos»), «tás a ver», etc.



**Escuta Activa**

- Permite mostrar ao outro que o que diz está a ser ouvido.
- A técnica implica ouvir activamente o que está a ser dito parafraseando ou elaborando um resumo da mensagem recebida.
- Inclui portanto comunicação verbal e não-verbal.

**Vantagens**

Esclarecer mal-entendidos  
Corrigir más interpretações



**Treino de Habilidades Sociais [1]**

- ▶ Comunicação Verbal
- ▶ Comunicação Não Verbal
- ▶ **Assertividade**
- ▶ Resolução de Problemas



[1] Alguns programas focam-se no treino de um número limitado de habilidades sociais (e.g. assertividade), outros incluem situações e habilidades mais variadas e complexas.

**Assertividade**

O conceito de assertividade, compreendido como uma subárea das habilidades sociais, envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira directa, honesta e apropriada, por forma a não violar o direito das outras pessoas.

É um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva, expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros.

O indivíduo assertivo é capaz de exprimir o mais directamente possível o que pensa, o que quer, o que deseja e o que faz valer os seus direitos sem impedir os dos outros, escolhendo um conjunto de comportamentos e atitudes adequadas para o local e o momento!

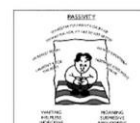
**Estilos Relacionais**

- Estilo Agressivo
- Estilo Passivo
- Estilo Manipulador
- Estilo Assertivo ou Auto-Afirmativo



**Comportamento Passivo**

- É aquele em que a pessoa falha na expressão das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões, utilizando um tipo de comunicação indirecta.
- A pessoa que tem este comportamento é a primeira a violar os seus próprios direitos, acaba por dar ao outro a permissão para, também ele, o fazer.

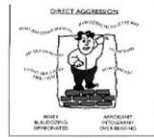


**Comportamento Agressivo**

- É aquele em que a pessoa expressa as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões, mas de uma forma que é hostil, exigente, ameaçadora ou punitiva para com o receptor.
- A pessoa que tem este comportamento defende os seus direitos, mas fá-lo à custa da violação dos do outro.

**O agressivo procura:**

- Dominar os outros.
- Valorizar-se à custa dos outros.
- Ignorar e desvalorizar sistematicamente o que os outros fazem e dizem.



**Comportamento Manipulativo**

- É aquele em que a pessoa expressa as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões de uma forma implícita ou indirecta, frequentemente com «mensagens mistas», em que há contradições no conteúdo ou entre o conteúdo e o comportamento não verbal.

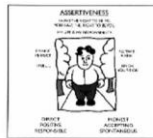


- A pessoa que tem este comportamento procura a satisfação das suas necessidades violando os direitos dos outros, mas fá-lo de forma indirecta.



**Comportamento Assertivo**

- O comportamento assertivo pode ser definido como aquele que envolve a expressão directa, pela pessoa, das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões sem que, ao fazê-lo, ela experiencie ansiedade indevida ou excessiva, e sem ser hostil para o interlocutor.



É, por outras palavras, aquele que permite defender os próprios direitos sem violar os direitos dos outros.

Como tal, ser assertivo implica dois tipos de respeito: o respeito por si próprio e o respeito pelos outros.



		RESPEITO PELO OUTRO	
		ALTO	BAIXO
TRANSPARENCIA DA LINGUAGEM	ALTA	ASSERTIVIDADE	AGRESSIVIDADE
	BAIXA	PASSIVIDADE	MANIPULAÇÃO

- A Assertividade engloba quatro características fundamentais:
- Capacidade de dizer NÃO;
  - Capacidade de pedir ou fazer favores;
  - Capacidade de expressar sentimentos;
  - Capacidade de iniciar, manter e terminar conversas.



Bower (1976) desenvolveu um método que permite o treino e o desenvolvimento da Atitude Assertiva ou de Auto-Afirmação.

A técnica é designada por **D.E.E.C.**, que significa:

- D** – Descrever
- E** – Expressar
- E** – Especificar
- C** – Consequência

Esta atitude assertiva é útil, nomeadamente quando:

- É preciso dizer algo desagradável;
- Pedir qualquer coisa de invulgar;
- É necessário dizer não àquilo que alguém pede;
- Se é criticado;
- Desmascarar uma manipulação.



**Uma outra metodologia a adoptar:**

**Reflexão**

Identificação dos comportamentos negativos e positivos.

**Esquematar as mudanças a efectuar**

Esquema de acção com o objectivo de alterar os comportamentos negativos ou melhorar os positivos.

**Ensaiar**

Pôr em prática as acções que consideradas assertivas.

**Outro Programa a adoptar pode conter as seguintes etapas:**

- Identificar e Reconhecer os estilos de comunicação agressivos, manipulativos, submissos e assertivo
- Identificar situações específicas nas quais é necessário ser-se mais assertivo
- Praticar competências assertivas em gabinete
- Transferir as novas aprendizagens para as situações do dia-a-dia



(Powell, 2000)

**Outra Metodologia:**

1. Analisar com o paciente os sentimentos e/ou pensamentos e as suas consequências sociais, emocionais e pessoais
2. Identificar áreas de dificuldade, estabelecendo objectivos
3. Desenvolver a consciência dos seus direitos
4. Questionar consequências imaginárias e irrealistas que o paciente atribui ao comportamento assertivo
5. Modelar e ensaiar por meio da dramatização situações difíceis
6. Estimular de forma gradual a prática do comportamento assertivo, iniciando com situações nas quais as hipóteses de sucesso são maiores e assinalando as vantagens desse comportamento
7. Leitura de textos de auto-ajuda
8. Análise sistemática com o paciente do efeito dos seus novos comportamentos.

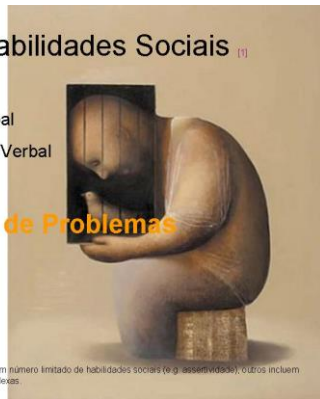
(Neto & Andrade, 1998)

**Salienar que...**

-  A assertividade não garante a não ocorrência de conflitos entre duas pessoas. Se duas pessoas em desacordo comunicam de forma assertiva, é mais provável que reconheçam que existe um desacordo e tentem chegar a um compromisso ou, simplesmente, decidam manter a sua posição respeitando a do outro.
-  Cada um é responsável apenas pelo seu próprio comportamento – se a outra parte do conflito decidir comportar-se de forma não assertiva, o problema deixa de ser nosso.

**Treino de Habilidades Sociais [1]**

- ▶ Comunicação Verbal
- ▶ Comunicação Não Verbal
- ▶ Assertividade
- ▶ **Resolução de Problemas**



[1] Alguns programas focam-se no treino de um número limitado de habilidades sociais (e.g. assertividade), outros incluem situações e habilidades mais variadas e complexas.

**Resolução de Problemas**



**Tem como objectivos:**

- Ajudar o paciente a identificar os problemas
- Reconhecer os recursos que possui para abordar as suas dificuldades
- Encontrar um método sistemático de superar os seus problemas actuais
- Incrementar a sua capacidade de controlar os problemas
- Formular um método para lidar com problemas futuros

**Possíveis etapas:**

1. Formulação do problema
2. Criação de alternativas
3. Tomada de decisão
4. Previsão de eventuais dificuldades
5. Implementar e avaliar



**Outra modalidade:**

- 1) Compreender a situação e pensar no problema que se coloca;
- 2) Procurar diversas alternativas;
- 3) Escolher de entre as alternativas possíveis aquela que for considerada a melhor solução;
- 4) Colocar em prática a alternativa escolhida;
- 5) Avaliar as consequências da escolha.

(Neto & Andrade, 1998)

Uma boa capacidade de resolução de problemas consiste na habilidade em reconhecer um problema, defini-lo de forma clara, produzir uma grande diversidade de soluções possíveis, antecipar resultados e formular um plano efectivo de acção.



- O THS é um método sistemático, que possibilita melhorar a competência social em contextos sociais distintos.
- Existe uma série de técnicas passíveis de serem utilizadas neste tipo de treino.
- É fundamental avaliarem-se<sup>[1]</sup> as principais dificuldades de cada paciente, estabelecerem-se objectivos e desenvolverem-se exercícios adequados a cada caso. (Vila, 2005)

O THS pode ser aplicado em grupo ou individualmente

#### Vantagens do Treino ser aplicado individualmente

- ↳ Avaliação contínua do desempenho
- ↳ Possibilidade de ensaios extensos e repetição dos mesmos
- ↳ Modificação imediata de procedimentos que não estejam a ser eficazes

[1] Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001); Escala de Assertividade (RAS) (Rathus, 1973);

## Limitações

O THS tem-se focalizado essencialmente na frequência, presença e duração de elementos que tornam a conduta mais hábil, não dando tanta importância à forma como estes elementos se integram, coordenam e adaptam às respostas do outro <sup>[1]</sup>.

A presença das Habilidades Sociais no repertório do indivíduo, não garante que ele apresente sucesso nos relacionamentos interpessoais.

Para que o indivíduo apresente uma boa qualidade e manutenção de relacionamentos interpessoais saudáveis e duradouros, é necessário que apresente igualmente competência social.

[1] É, de facto, importante perceber como se integram, sincronizam entre si e como interagem com as condutas das outras pessoas

#### Para que uma intervenção seja eficaz, é importante que:

1. Os desempenhos aprendidos sejam significativos no ambiente natural
2. As aquisições de comportamentos devem generalizar-se a outros contextos
3. Os comportamentos aprendidos devem manter-se ao longo do tempo.

Os objectivos da intervenção deverão ser cuidadosamente planeados de acordo com as necessidades da população em questão!

#### O formato em Grupo tem sido cada vez mais frequente. Ele pode ser útil:

- ↳ Permite a observação por parte dos participantes de classes de comportamentos adequados, emitidos pelo terapeuta ou outra pessoa do grupo
- ↳ Aprendizagem mais rápida e possibilidade de encorajar os demais elementos
- ↳ É mais económico em termos de tempo e recursos humanos
- ↳ O treino ocorre através da criação de situações concretas e reais na própria sessão. O contexto de grupo é rico, cria a oportunidade de ocorrerem uma série de interações, possibilitando que o treino aconteça através de práticas que ocorrem entre os vários participantes, práticas estas que ocorrem em outros contextos sociais.



Há ainda a considerar, a frequente falha em promover a generalização dos comportamentos adquiridos a outros contextos e a manutenção dos mesmos.

Algumas pessoas podem apresentar habilidades sociais no seu repertório comportamental, mas não as demonstram devido a factores como:

- Elevados níveis de ansiedade
- Dificuldade em discriminar a ocasião apropriada para responder às exigências do contexto social, entre outros...



## Referências Bibliográficas

- Bandeira, M.; Costa, M. N.; Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades Psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais: Estudo sobre a Estabilidade Temporal e a Validade Concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5 (2), 401 – 419.
- Bandeira, M.; Quaglia, M. A. C.; Bachetti, L. S.; Ferreira, T. L. & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 111 – 121.
- Barreto, M. C. M.; Pierre, M. R. S. R.; Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2004). HABILIDADES SOCIAIS ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO COMPARATIVO. *Rev. Mat. Estat.*, 22 (1), 31 – 42.
- Bolsini-Silva, A. T. (2002). Habilidades Sociais: Breve Análise da teoria e da Prática à Luz da Análise do Comportamento. *Intervenção em Psicologia*, 6, 233 – 242.
- Bueno, J. M. H.; Oliveira, S. M. S. S. & Oliveira, J. C. S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-USF*, 6 (1), 31 - 38.
- Carrillo, F. X. M.; Rodríguez, J. O. & López, M. C. R. (2005). Entrenamiento en Habilidades Sociales. In Rodríguez, J. O. & Carrillo, F. X. M. (Eds.), *Técnicas de modificación de Conducta - 4ª Edición*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cia, F.; Pereira, C. S.; Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). HABILIDADES SOCIAIS PARENTAIS E O RELACIONAMENTO ENTRE PAIS E FILHO. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 73 – 81.

Cont...

- Del Prette, Z. A. P. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 91 - 93.
- Figueredo, P. M. V. (2005). A influência do locus de controlo conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciências & Cognição*, 6, 123 – 132.
- Foster, S. L. & Crain, M. M. (2002). Social Skills and Problem-Solving Training. In Kaslow, F.W.; Magnavita, J.J. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy - Volume 2* (pp. 133-158). New York: John Wiley & Sons.
- Gonçalves, O. (1990). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas (4ª Edição)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Jiménez, A. P. (2003). *Habilidades sociais en enfermería: Propuesta de un programa de intervención*. Não Publicado. UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS.
- Lucca E. (s.d.). *HABILIDADE SOCIAL: UMA QUESTÃO DE QUALIDADE DE VIDA*. [on-line]. Retirado em 5 de Março de 2008 de [www.Psicologia.com.pt](http://www.Psicologia.com.pt).
- Magalhães, P. P. & Murta, S. G. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, 1 (11), 28 – 37.
- Matos, A. P. (1989). O Treino Afirmativo e de Aptidões Sociais. *Psychologica*, 2, 17 –33.

Cont...

- Neto, F. & Andrade, F. (1998). *Terapia Comportamental*. In Cordoli (Ed). *Psicoterapias – Abordagens Actuais*, 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Penido, M. A. (2004). *A Influência das Habilidades Sociais em Pacientes Fibromiálgicas*. Dissertação de Mestrado. Não Publicado. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Perles, R. M. (s.d.). *Técnicas de comunicação para el personal auxiliar de los servicios sociales y sanitarios*. Não Publicado. Hospital Universitario de Puerto Real.
- Powell, T. (2000). *The Mental Health Handbook – Revised Edition*. United Kingdom: Speechmark Publishing Ltd.
- Quintana, M. P. (2004). *TECNICAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PSICOSOCIALES – Escala de Interacción Social de Liberman. Hojas Informativas de los Psicólogos de Las Palmas*, 2 (69).
- Ramsthaler, A. N. (s.d.). *PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAL*. Não Publicado. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília.
- Vila, E. M. (2005). *Tratamento de Habilidades Sociais em Grupo com Professores de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem: Uma Análise sobre Procedimentos e Efeitos de Intervenção*. Não Publicado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

## Anexo XI. Diapositivos das apresentações nas reuniões de estágios

### 1º Caso Clínico Exposto

**História Clínica Cognitivo-Comportamental**

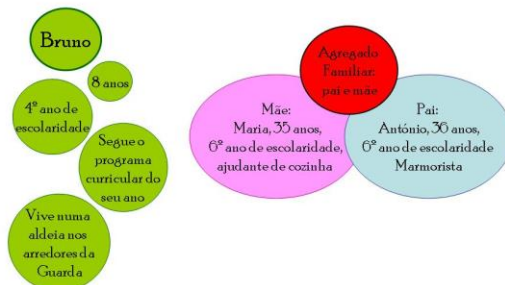
*Seminário de Intervenção I*  
2007/2008

**“Bruno”**



Docente: Mestre Paula Carvalho  
Discente: Sara Terras

#### Dados Biográficos



#### Motivo da Consulta

Encaminhado pela Escola

Para observação psicológica, a fim de ser pedida uma professora de apoio

- O Bruno parece revelar graves dificuldades de aprendizagem, nomeadamente nos processos de leitura, escrita e cálculo.
- Atraso envolve problemas de natureza comportamental, perceptiva e cognitiva.
- Problemas de memória, compreensão e reprodução.
- Trata-se de uma criança nervosa, com curtos períodos de atenção, desinteressado e com falta de método de trabalho.
- Apresenta desinteresse pela escola.
- Necessidade de intervenção nas áreas motoras: motricidade global e fina, esquema corporal, lateralidade e ao nível da estruturação espacial.

#### Dificuldades Actuais

- Aparência adequada para a idade e estatuto socio-económico
- Colaborativo, tal como a mãe, bem-disposto e até engraçado
- Consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente
- Parecia compreender todas as questões e tarefas que se lhe propunham e mostrou-se bastante motivado para a sua realização
- Não parecia apresentar qualquer tipo de dificuldades na linguagem e o seu discurso pareceu ser de confiança

→ Veio à consulta acompanhada pela sua mãe



→ O Bruno parece ficar frequentemente muito agitado e nervoso quando alguém o chama a atenção ou o repreende, costuma referir quando exaltado "não gostais de mim" (sic.).

→ Quando contrariada, a criança "Chora com facilidade... é muito chorelho!" (sic.).



→ O Bruno reconhece fazer birras, mas porque o chateiam, gozam com ele, dizem que é burro e "não sou", "não choro, mas fico triste!" (sic.).

→ Bruno parece ter dificuldades em estar quieto na escola e em casa, refere "Sempre foi assim, muito inquieto", "Em casa é preciso estar sempre perto dele" (sic.).



→ Para o Bruno, alguns colegas portam-se pior do que ele, refere que habitualmente está distraído porque conversa com os colegas, mas acha que consegue estar concentrado e com a tenção à professora.



Relata também que só às vezes é que lhe custa perceber a professora porque "fala tão alto!".

→ A mãe refere ainda que o Bruno parece ter brincadeiras muito agressivas com os colegas, não gosta de perder e acusa os amigos de fazerem batota.



→ No entanto, o Bruno gosta e sempre gostou muito de ir para a escola, diz que tem muitos amigos e que "queria ter era menos amigos, são muitos" (sic.), refere ainda que costuma participar nas brincadeiras dos seus amigos.



### Início e Desenvolvimento das Dificuldades

De acordo com a mãe do Bruno, as dificuldades parecem ter tido início com a sua entrada para a escola (1º ano do ensino básico) e parecem ter vindo a piorar desde então.



### História do Desenv. e Aprendizagens Prévias

- Foi uma gravidez planeada, a mãe preferia um rapaz
- Gravidez e o parto foram normais, refere que "foi bem-vindo!" (sic.)
- A criança esteve entregue principalmente aos cuidados da mãe, até cerca dos 4 meses, altura em que entrou para o A.T.L., ao que parece, "sempre gostou de andar no A.T.L." (sic.)
- Começou a andar por volta dos 13, 14 meses e começou a falar por volta da mesma idade, de acordo com a mãe foi tarde o que a deixou preocupada
- Tirou a fralda cedo e nunca houve problemas
- Nunca teve problemas de sono



- No jardim-de-infância não há queixas, era uma criança calma
- Muitas vezes os outros meninos batiam-lhe e os pais sempre o educaram a defender-se
- Não há doenças a registar n família
- Actualmente não refere ter problemas de sono nem de alimentação
- Faz a sua própria higiene e veste-se sozinho
- É uma criança muito carinhosa



- Tem mais respeito e obedece mais ao pai
- A mãe refere que o vê como exemplo, "quando for grande quer ser como ele e como não precisou de estudos..." (sic.)
- Gosta muito de ir para a escola e tem muitos amigos
- Adora máquinas e motos
- Nos tempos livres, gosta de ver televisão, jogar à bola e computador
- Quando se porta mal, os castigos passam por retirar à criança estas brincadeiras, o Bruno aceita e cumpre os castigos
- Quando se porta bem elogiam-no e ele fica muito contente



Cópia: 4 minutos e 35 segundos  
Esquema de cores: ■ ■ ■



Reprodução: 2 minutos e 33 segundos  
Esquema de cores: ■ ■ ■



Desenho da Figura Humana



**Próximas Consultas**

- Concluir WISC- R
- Teste de Barragem de *Toulouse-Piéron*
- *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)*



**2º Caso Clínico Exposto**

**História Clínica Cognitivo-Comportamental**

Seminário de Intervenção I

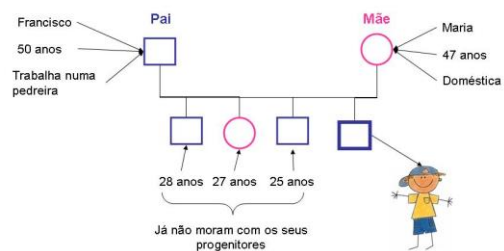
**"Rodrigo"**



Docente: Mestre Paula Carvalho  
Discente: Sara Terras

2007/2008

**Dados Biográficos**



**“Rodrigo”**



- 8 anos de idade
- Reside numa aldeia nos arredores da Média
- Agregado familiar é constituído pelos pais e pelo Rodrigo
- Entrou para a escola primária com apenas 5 anos
- Frequenta actualmente o 1º ano de escolaridade

Retido no 1º ano por duas vezes

**Motivo da Consulta**

A criança foi encaminhada pela pediatra.

Esta acompanha o Rodrigo desde os seus 5 anos de idade, tendo sinalizado a perturbação hiperactiva com défice de atenção (PHDA) e medicando-o com Ritalina desde então.



**Dificuldades Actuais**

- Aparência adequada para a idade e estatuto socio-económico.
- Consciente e orientado no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente.
- Parecia bem disposto e curioso por explorar tudo aquilo que o rodeava.
- Muito agitado e acelerado, levantava-se frequentemente da cadeira e mexia nos vários objectos que estavam ao seu alcance.
- Apesar das repreensões da mãe e da terapeuta, permanecia muito irrequieto.



→ Não parecia apresentar qualquer tipo de dificuldades na linguagem, todavia, não se demonstrou muito colaborativo nem participativo, esperava que fosse a mãe a responder por ele e acrescentava aquilo que considerava faltar nas explicações dadas pela mãe.

→ Quando questionado directamente, o Rodrigo evitava olhar directamente e dava respostas breves. Por vezes parecia não ouvir o que lhe era dito e mãe chamava-o à atenção “Rodrigo tu não ouves a senhora doutora?”



→ Já na realização de algumas das tarefas, mostrou-se calmo e empenhado. Na última consulta, esta calma e interesse na realização de tarefas não se verificou, pelo contrário, mostrou-se pouco paciente, a mãe explicou que nesse dia não lhe tinha dado a medicação.



→ A criança mostrou ser muito próxima, apegada e dependente da mãe, numa das consultas fez birra por ter que ficar sozinho no gabinete com a terapeuta.



✗ O Rodrigo veio à consulta acompanhado pela sua mãe.

✗ Esta queixou-se frequentemente que a criança só lhe dá preocupações, “não está quieto e dá-me cabo da cabeça”, “é impossível”, “faz-me irritar” (cit.).



A acrescentou que ele é sempre assim, mas “há dias piores” (cit.).

✗ Referiu também que o Rodrigo é muito teimoso e desobediente, apesar de não lhe faltar ao respeito nem a ela nem ao pai.



✘ Acrescentou ainda que, tal como a pediatra e como a professora, considera que o Rodrigo faz muitas birras, é muito infantil para a sua idade.



✘ De acordo com o relatado pela mãe, parece ter também bastantes dificuldades na escola, foi retido duas vezes e menciona que continua a apresentar dificuldades essencialmente na leitura e escrita.



### Início e Desenvolvimento das Dificuldades

- A dona Maria começou a notar que o Rodrigo era "diferente das outras crianças" (cit.) após a sua entrada para a escola primária. Como refere "não se aplicava nem se interessava como as outras crianças" (cit.).
- Resolveu então, por iniciativa própria, levá-lo ao pediatra, que o acompanha desde então e o encaminhou para as consultas de psicologia.

### História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias

- ▶ Apesar de não ter sido uma gravidez planeada, a mãe refere ter aceite bem a criança.
- ▶ A gravidez foi normal, no entanto, teve que ser internada durante a última semana antes do parto. O parto foi normal.
- ▶ A criança ficou aos cuidados da mãe desde os primeiros dias até aos 3 anos de idade, altura em que entrou para o jardim-de-infância.



O pai nunca esteve muito presente nem ajudava a mãe, na altura os irmãos ainda estavam em casa e eram eles que apoiavam mais a mãe. A dona Maria refere que a criança "sentia a falta do pai" (cit.).

- ▶ No jardim-de-infância nunca teve queixas de mau comportamento por parte da educadora, esta referia que era obediente, apesar de estar sempre muito activo e irrequieto.
- ▶ Entrou para a escola primária com 5 anos e a mãe mostrou-se arrependida por não ter esperado mais um ano.



- ▶ Refere também que a professora sempre o colocou de parte, não lhe dava a atenção que necessitava e sentava-o sempre ao fundo da sala. Reteve-o duas vezes, sendo portanto o terceiro ano que frequenta o 1º ano de escolaridade.
- ▶ A justificação que lhe dava para este facto era que o Rodrigo era muito infantil e mimado, não acompanhava os outros. Não mencionava maus comportamentos, segundo a mãe porque estava medicado.

- ▶ As principais dificuldades, que ainda se mantêm encontram-se essencialmente ao nível da leitura e escrita.
- ▶ Desde o 1º ano que foi pedido, através da pediatra, uma prof. de apoio.
- ▶ Actualmente o Rodrigo pertence a uma turma de 19 alunos, e ainda recebe apoio individualizado.
- ▶ Neste último ano lectivo que está a decorrer, mudou de professora, e segundo relata a mãe, deve-se ao esforço desta as melhorias no comportamento do Rodrigo.

▶ Como menciona, passou a estar mais concentrado e sossegado, faz os TPC's e está a progredir, refere "está a aprender mais" (cit.).



- ▶ A nova professora explicou à mãe que o Rodrigo tem falta de concentração e continua com muitas dificuldades na leitura e escrita, apesar de ter progredido bastante.



- ▶ A professora não menciona queixas de maus comportamentos, começou a utilizar o sistema de tabela de bom comportamento e o Rodrigo só teve uma bola amarela no primeiro dia, a partir daí são sempre verdes, indicando o bom comportamento na sala de aula.

- ▶ Está medicado desde os 5 anos de idade, durante as férias não toma a medicação e a dona Maria nota que ele fica mais nervoso e activo nestes dias.





- ▶ O Rodrigo gosta de brincar com os carrinhos, e adora ver televisão.
- ▶ Quando se porta mal, a mãe costuma castigá-lo, batendo-lhe e proibindo-o de ver televisão.

▶ Menciona que lhe obedece muito mais a ela do que ao pai.

▶ A relação que mantém com o pai é mais distante, todavia refere que nos últimos 3 anos tem melhorado.

▶ Apesar desta melhoria, a dona Maria refere que o pai não sabe brincar com o menino, magoa-o, relata ainda agressividade verbal para com o Rodrigo.

▶ Expõe ainda que o pai mantém relações extraconjugais.



- ▶ Habitualmente é a mãe que o ajuda com os TPC's, mas refere que por vezes é muito complicado, porque é muito impaciente e inventa sempre qualquer coisa para não acabar as tarefas. Todavia, ultimamente parece estar mais calmo e trabalhador.



- ▶ Tem muitos amigos na escola e na sua aldeia. Apesar de ter cada ano uma turma diferente, sempre conseguiu fazer amigos. A mãe refere apenas que no ano anterior não se dava bem e arranjava muitas discussões com uma das meninas da turma, mas que já não faz parte da actual turma. A mãe menciona que nas brincadeiras com os outros meninos gosta de mandar e inventar novas regras, mas que os amigos não se chateiam por isso.



**Formulação**

PHDA → Pediatra



- Dificuldade para manter a atenção em tarefas
- Por vezes parecia não ouvir o que lhe é dito
- Dificuldade em terminar tarefas (TPC)
- Distrai-se facilmente
- Mexe-se muito quando está sentado
- Levanta-se frequentemente



Medicado desde os 5 anos



Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)

"Questionário de Conner"

- Para pais
- Para professora

Não pontua



Teste da Barragem de Toulouse-Piéron

Dificuldades de concentração



**Teste da Figura Humana - Goodnough**

Idade Mental/ Maturidade

7 anos e meio

8 anos feitos em 5 de Dezembro de 2007



**Protocolo**

- ▶ Psico-educação com a mãe { Regras, limites PHDA
- ▶ Despiste de dislexia
- ▶ WISC - R

### 3º Caso Clínico Exposto

#### História Clínica Cognitivo-Comportamental

Seminário de Intervenção II

**“Bárbara”**

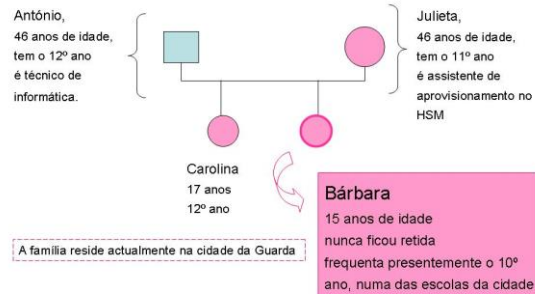


Foto: Barbara Edmondson

Docente: Mestre Paula Carvalho  
Discente: Sara Terras

2007/2008

#### Dados Biográficos



#### Motivo da Consulta

- ➔ A adolescente foi encaminhada para as consultas de Psicologia na sequência de uma "crise de ansiedade" que a levou a procurar a urgência do HSM.
- ➔ Após ter realizado um teste de F.Q. Durante a elaboração e principalmente após ter saído da prova, sentiu-se muito ansiosa.
- ➔ Descreve dificuldades em respirar, suores, frio e calor em simultâneo, tremores, palpitações, sensação de sufoco e desequilíbrios "não conseguia andar, teve que ser um colega meu a levar-me ao colo" (cit.).
- ➔ Estes sintomas físicos fizeram-se acompanhar por pensamentos como "vou deixar de respirar" (cit.), "vou desmaiar" (cit.).
- ➔ Telefonou à mãe que a levou de imediato às urgências, onde lhe receitaram *Xanax*, encaminhando-a para as consultas de Psicologia.



#### Dificuldades Actuais

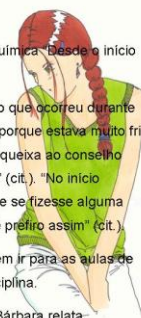
- Bárbara apresentou-se com uma aparência adequada para a idade e estatuto socio-económico.
- Encontrava-se consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente.
- Apesar de tímida, particularmente nos contactos iniciais, a adolescente parecia bem disposta e colaborante ao longo das consultas.
- Com frequência sorria e mantinha uma expressão simpática.
- Não parecia apresentar qualquer tipo de dificuldades na linguagem, muito embora no seu diálogo optasse por respostas curtas e concisas.
- Mantinha contacto ocular adequado.



- ➔ A Bárbara refere que desde que iniciou o 3º ciclo, se sente muito ansiosa para e na realização dos testes.
- ➔ Adianta que apesar de se sentir muito nervosa no dia antes, durante e após ter saído do teste, "nunca tinha sido tão grave como no dia em que tive que ir para o Hospital" (cit.).
- ➔ Teve duas negativas no 1º período, nos testes de química e filosofia "na altura nem me estava a aperceber das minhas notas" (cit.) e apesar de as ter levantado no 2º período, sente muita pressão para tirar boas notas "Eu não era assim, não estava habituada a tirar estas notas" (cit.).
- ➔ Atribui a diminuição do rendimento escolar ao aumento da exigência dos professores e da matéria que "é mais complicada" (cit.).



- ➔ Refere ainda desentendimento com a professora de Química "Desde o início do ano que não gosta de mim... nem eu dela" (cit.).
- ➔ Este conflito foi desencadeado a partir de uma situação que ocorreu durante uma das aulas no laboratório, na qual a Bárbara reflipou porque estava muito frio e disse à professora que achava que ela deveria fazer queixa ao conselho executivo, "desde aí, deve achar que sou uma refflona" (cit.). "No início implicava mesmo comigo, fazia-me sempre perguntas e se fizesse alguma coisa, berrava-me logo, mas agora ignora-me", "Eu até prefiro assim" (cit.).
- ➔ Devido a esta situação, a Bárbara tem sempre receio em ir para as aulas de Química, principalmente quando tem testes a esta disciplina.
- ➔ Recentemente, a partir da última semana de férias, a Bárbara relata problemas de sono "tenho dificuldade em adormecer e às vezes acordo durante a noite e não consigo voltar a dormir" (cit.).



- ➔ Refere igualmente que se tem sentido mal com mais frequência, já não ocorre apenas em contexto escolar, aparentemente sem razão e em qualquer situação começa a ficar nervosa, apesar de não ser tão forte como nos testes" (cit.).
- ➔ Descreve sentir picadas no peito, tremores, dificuldades em respirar, suores e palpitações.
- ➔ Por vezes pensa no que aconteceu e fica com medo de voltar a ter uma crise, sentir novamente falta de ar ou desmaiar e ter que vir para o Hospital.
- ➔ A Bárbara explicou ainda que houve uma situação, na qual subiu apressadamente umas escadas, ficando com a respiração ofegante o que a fez ficar muito nervosa e pensar que estava a acontecer novamente e ia ficar sem ar.



- ➔ Voltou a sentir-se mal numa outra situação, na qual teve que se dirigir ao Hospital para tirar sangue a fim de realizar umas análises. "A enfermeira não conseguiu acertar à primeira porque eu já estava muito nervosa, não gosto muito de agulhas, e quando ela espetou à segunda, eu fiquei ainda mais nervosa, com medo de me sentir outra vez mal", "comecei a chorar" (cit.), "Não sei porque fiz isso, mas não consegui controlar" (cit).
- ➔ A Bárbara refere novamente ter sentido dificuldades em respirar, palpitações, tremores, suores e medo de voltar a ficar sem ar.
- ➔ Uma outra situação, na qual a adolescente descreve ter sentido os mesmos sintomas, ocorreu quando se encontrava a passear pelo jardim com a sua melhor amiga, durante uma das tardes das férias da Páscoa.
- ➔ Refere que de repente e sem razão aparente se começou a sentir nervosa e todos aqueles sintomas e pensamentos a invadiram. Não se conseguiu acalmar e novamente telefonou à mãe que a acompanhou às urgências do HSM.



### Início e Desenvolvimento das Dificuldades

- ➔ Desde que iniciou o 10º ano de escolaridade que se tem sentido muito nervosa.
- ➔ Considera que "este ano já é a sério" (cit.), sente pressão para tirar boas notas para assim conseguir uma média boa, que lhe permita ingressar no Ensino Superior num dos cursos que deseja, Psicologia ou Terapia da Fala, que considera terem médias muito altas, superiores ao seu rendimento actual.
- ➔ Ao longo dos anos lectivos anteriores não menciona dificuldades relacionadas com a ansiedade ou testes.
- ➔ Apenas desde que ingressou no 10º ano se tem sentido ansiosa, estando esta ansiedade a prejudicar o seu desempenho escolar.



### História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias

- ➔ De acordo com a informação relatada pela mãe, a Bárbara veio de surpresa não foi uma gravidez planeada e por isso mesmo refere "anãva muito nervosa" (cit.).
- ➔ Todavia foi uma gravidez normal.
- ➔ Nasceu com alguma antecedência, aos 8 meses "era muito pequenina" (cit.).
- ➔ Ficou aos cuidados dos pais apenas durante o 1º mês, refere por questões profissionais, ficando então sob cuidados dos avós maternos e paternos.
- ➔ Aos 3 meses foi para a creche, frequentando-a apenas durante uma semana, uma vez que desenvolveu uma alergia à lactose que a impeliu a sair, ficando os avós novamente encarregues de cuidar da neta mais nova.



- ➔ Ao primeiro ano de idade voltou a entrar para a creche. Sempre se adaptou muito bem, apesar de não gostar muito de fazer a sesta a tarde.
- ➔ Frequentou a mesma instituição até aos 6 anos, sempre com normalidade e sem ocorrência de problemas "arranjou muitos namorados" (cit.), "nos aniversários convidava sempre os meninos todos, ia tudo à festa da Bárbara!" (cit.).
- ➔ Aos 6 anos entrou para a escola primária, teve a mesma professora até ao 3º ano, de quem gostava muito.
- ➔ No 4º ano mudou de professora e "ninguém gostava dela" (cit.) incluindo a Bárbara.
- ➔ Durante este período sempre manteve boas relações com os amigos, alguns dos quais já a acompanhavam desde a creche, e nunca teve problemas de comportamento nem de aprendizagem.



- ➔ A Bárbara refere que durante este ano teve aquilo a que chamou de "crise".
- ➔ Estava a participar numa competição de corrida e quando estava quase a chegar à meta, em primeiro lugar, caiu para o chão e não se conseguiu levantar. Não tropeçou nem desmaiou, mas não reagia, de imediato os pais foram em seu auxílio e levaram-na ao Hospital.
- ➔ Nas urgências fizeram-lhe vários exames, mas aparentemente nada justificava a situação.
- ➔ A adolescente disse que a competição era importante para ela, queria mesmo ganhar, não queria ficar numa má posição.
- ➔ Refere que não voltou a pensar no sucedido e não voltou a ter nenhuma situação semelhante.



- Quando passou para o 5º ano de escolaridade, passou a frequentar uma nova escola, com professores e colegas diferentes.
- A Bárbara refere que a adaptação foi difícil "fiquei muito nervosa" (cit.) "as matérias eram muito difíceis, parecia que não tinha tempo pra estudar tudo" (cit.).
- Todavia, refere que só se sentiu assim no início do ano, depois começou a tirar boas notas e percebeu que afinal nem precisava de estudar muito para o conseguir!



→ A mãe descreve que a Bárbara "sempre foi uma criança muito nervosa" (cit.), "mas ultimamente parece-me que afinal ainda é mais nervosa do que julgava" (cit.).

- De acordo com a mãe, a Bárbara é muito exigente com ela própria em relação às notas.
- Refere que se compara à irmã e vê que ela tira excelentes notas e mesmo assim não consegue entrar no curso que quer, "este ano pensa muito nas médias" (cit.), "nós já nem lhe dizemos nada quando tira uma nota mais baixa" (cit.). Acrescenta que "sempre foi muito aplicada e nunca precisou que a mandassem estudar" (cit.).
- Actualmente não frequenta explicações a nenhuma das disciplinas, nem tem apoio na escola.
- A adolescente refere manter boa relação com os pais e principalmente com a irmã, com quem partilha tudo, a mãe refere que quando precisa procura mais facilmente a irmã.
- Esta acrescenta ainda que mantém uma boa relação conjugal e que o marido é um pai presente e preocupado com as filhas.



- A Bárbara refere excelente relação com os amigos, alguns dos quais mantém desde a escola primária!
- Apesar de frequentar a mesma escola, ficou numa turma diferente, com colegas que não conhecia, mantendo apenas uma das amigas.
- Todavia refere boa adaptação, excepto nas disciplinas e matérias que, como referido anteriormente, considera muito mais exigentes e difíceis.
- Tem dois amigos mais próximos, apesar de pertencer a um grupo de companheiros (cerca de 10 elementos) muito importantes para a adolescente e que a acompanham frequentemente.
- Descreve ser um grupo bastante unido mas também fechado "é difícil entrarem novos elementos" (cit.).
- A Bárbara considera-se uma pessoa muito compreensiva e amiga.
- Descreve como defeitos seus o facto de ser resmungona, nervosa "sempre fui assim" (cit.) e antipática para os desconhecidos: "a primeira impressão sou pouco simpática" (cit.).



### Formulação

Período distinto de medo ou desconforto intenso, durante o qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas se desenvolvem abruptamente e atinge o seu pico dentro de 10 minutos:

- 1) Palpitações
- 2) Suores
- 3) Tremores
- 4) Dificuldades em Respirar
- 5) Sensação de Sufoco
- 6) Desconforto ou dor no peito
- 7) Desequilíbrios
- 8) Sensação de frio e de calor

### Transtorno de Pânico Sem Agorafobia

A. (1) ou (2):

(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

- (a) preocupação persistente acerca de ter ataques inesperados
- (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências
- (c) alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

B. Ausência de Agorafobia

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade de Separação

Inicialmente → crises de pânico situacionalmente prováveis

Actualmente → crises de pânico aparentemente inesperadas

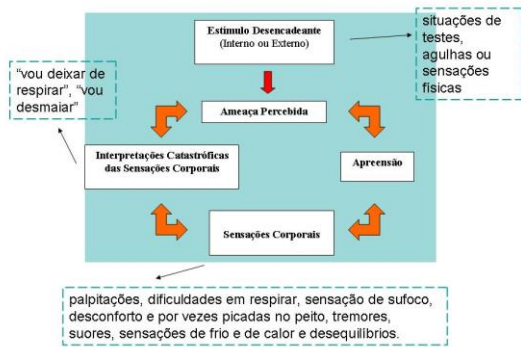
Ansiedade Antecipatória

A adolescente passou a apresentar temor persistente de ter novamente uma crise ou sensações corporais relacionadas com o ataque de pânico.

Hipervigilância

Em relação às suas sensações corporais, isto é, as situações ou sensações ameaçadoras (respiração ofegante, testes, tirar sangue) aparecem mais nítidas, salientes e maiores. Fazendo com que sejam percebidas como sinais de que irá ter uma crise de pânico, reagindo por sua vez com níveis elevados de ansiedade que poderão efectivamente desencadear um ataque de pânico.

**Modelo Cognitivo de Clark**



**Erros de processamento**

inferência arbitrária } perante algumas sensações corporais (respiração ofegante), pensa automaticamente que vai desenvolver um ataque de pânico.

Por sua vez, estes erros de processamento, que permitem manter os esquemas activos, parecem contribuir para a persistência das crises e consequentemente para a manutenção do quadro clínico.



**Protocolo Terapêutico**

- Aliança terapêutica
- Psicoeducação
- Hiperventilação Voluntária
- Distração,
- Relaxamento
- Reestruturação Cognitiva
- Exposição Interoceptiva
- Exposição quer em Imaginação quer ao Vivo
- Prevenção de Recaída



**Anexo XII.** Cartaz ilustrativo do local de estágio – HSM

**Dias da UBI**

**Universidade da Beira Interior**

**Departamento de Psicologia e Educação**



**Estágio Curricular em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Hospital Sousa Martins — Guarda —**

**A**ctualmente, para todo o Hospital Sousa Martins, existe apenas uma Psicóloga a exercer, tendo portanto que, sozinha, dar resposta a uma série de situações.

O gabinete de Psicologia esta sedado na Pediatria, na zona das consultas externas, sendo igualmente ocupado um outro gabinete (que também é utilizado por outros profissionais) no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Desta forma, as consultas com crianças e adolescentes decorrem na Pediat

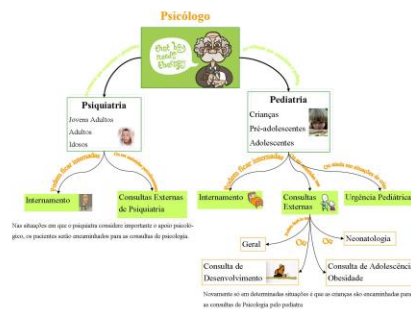


O Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde no Hospital Sousa Martins já existe há três anos. Actualmente há apenas uma vaga, para apenas um estagiário, tendo já existido num outro ano, dois estagiários a ocupar este lugar.



A consulta de Psicologia não funciona de forma independente, ela existe como forma de apoio aos serviços de Psiquiatria e Pediatria. Os pacientes que inicialmente consultem o Pediatra ou Psiquiatra, serão então encaminhados para as consultas de Psicologia. Também outros médicos de diferentes serviços poderão encaminhar os seus pacientes para estas consultas.

As pessoas que se queiram dirigir à consulta de Psicologia, têm de consultar primeiramente um médico (pediatra, psiquiatra, de família, por exemplo) e este fará o encaminhamento.



Após o encaminhamento, os pacientes seguem um plano/programa terapêutico independentemente de continuarem a ser acompanhados nas consultas externas, ou seja, a partir do momento em que iniciam as consultas de Psicologia, há uma certa autonomia deste serviço, apesar de serem mantidos o contacto com o seu pediatra ou psiquiatra e de se estabelecer relação de parceria entre estes e o psicólogo.

**Actividades**

- Ψ Observação/Realização de consultas de Psicologia (avaliação e/ou intervenção psicológica)
- Ψ Promoção de Acções de Formação/Psicoeducação
- Ψ Realização de actividades com as crianças
- Ψ Realização/Apresentação de Estudos de Caso
- Ψ Divulgação de informação clínica relevante (Hospital e exterior)



Realizado pela a aluna de 2º ano de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, Susa Torres, nº 10641, ao desenvolver o seu estágio curricular no Hospital Sousa Martins susa.torres@gmail.com

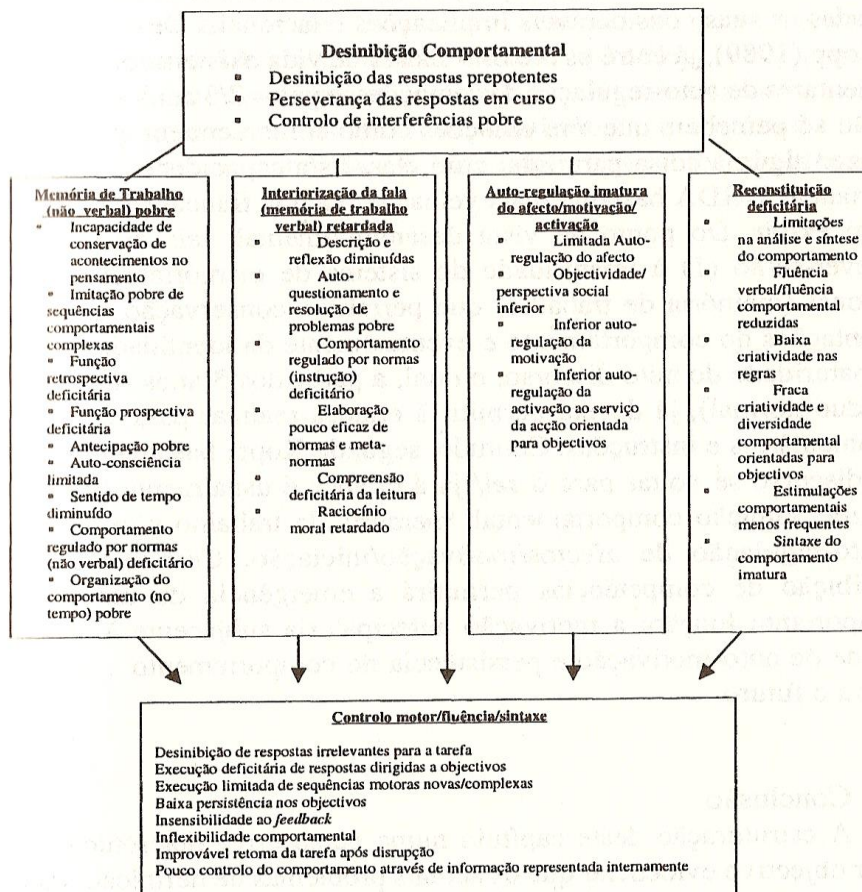
**Anexo XIII.** Adaptação do Questionário de *Connors* – forma abreviada

- Versão para pais
- Versão para professores

Anexo XIV. Desenho da Família do R.P.



Anexo XV. Modelo híbrido das funções executivas, retirado de Lopes, 2006, p. 63.



**Anexo VI.** Exemplo de alguns cartões de comportamentos, adaptado de Moreira, 2007, p. 12 e 13.



**Anexo VII.** Como controlar o Irre – os quatro passos, adaptado de Moreira, 2007, p. 77.



**Anexo XVIII.** Guia de relaxamento, baseado em Keoppen, 1974, p. 14 – 21.

### **Guia de Relaxamento Guia de Relaxamento para crianças**

Para obter as melhores sensações e bem-estar com a prática destes exercícios, deverão ser seguidas algumas regras. Assim:

- Deves fazer exactamente aquilo que eu digo;
- Deves esforçar-te por fazer o melhor possível o que eu digo;
- Deves prestar atenção ao que acontece no teu corpo;
- Deves praticar estes jogos (exercícios). Quanto mais praticares, mais relaxado e melhor te sentirás.

Queres fazer alguma pergunta?

Estás pronto para começar?

Vais sentar-te o mais confortável que poderes, encosta-te bem, apoia os pés no chão e deixa os braços caídos ao longo do corpo e apoiados nas coxas.

Estás bem assim?

Agora fecha os olhos e não os abras até eu dizer.

Lembra-te de seguir as minhas instruções, esforça-te bem e presta atenção ao teu corpo.

#### ***Mãos e Braços***

Imagina que tens uma laranja na tua mão direita. Agora vais apertá-la com força, imagina que estás a tirar o sumo todo. Sente a força que a tua mão e o teu braço estão a fazer enquanto estás a espremer a laranja. Agora deixas cair a laranja e vais reparar como estão os músculos da tua mão e do teu braço quando não fazes força.

Agora vais imaginar que tens uma laranja em cada mão e que as estás a espremer.

Tenta espremer ainda com mais força. Isso, está bem, sente como as tuas mãos e braços estão a fazer força.

Deixa cair essas laranjas, e sente como as tuas mãos e braços se sentem bem quando deixam de fazer força e estão relaxados.

**Vais repetir.**

#### ***Braços e Ombros***

Imagina que tu és um gato muito pachorrento e preguiçoso e estás com vontade de te espreguiçar. Vais levantar os braços e esticá-los para a frente, agora levanta-os acima da cabeça, tenta chegar o mais lato que tu poderes. Dobra-te para trás e sente a força que os

teus ombros estão a fazer. Estica-te mais... deixa os teus braços caírem para os lados, assim.

Vais-te espreguiçar outra vez. Vais levantar os braços e esticá-los para a frente, levanta-os acima da cabeça, tenta chegar o mais alto que puderes. Dobra-te para trás, com mais força e sente a força que os teus ombros estão a fazer. Agora deixa-os cair para os lados e, que bom, sente como os ombros estão relaxados.

**Agora vais-te espreguiçar muito.**

### ***Pescoço e Ombros***

Imagina, agora, que és uma tartaruga. Estás deitada na areia de uma praia a apanhar sol. Sentes-te bem, o sol está quente, mas vem aí uma onda e vais meter a cabeça dentro da carapaça, para não te molhares. Tenta levantar os ombros e meter a cabeça para dentro. Não é fácil ser uma tartaruga dentro da carapaça, sente como é necessário fazer força. A onda já passou e podes pôr outra vez a cabeça de fora e apanhar sol quente.

Repara, vem aí outra onda. Mete outra vez a cabeça dentro da carapaça, para não te molhares. Tenta levantar os ombros e meter a cabeça lá dentro. Pronto já passou.

Podes sair e sentir os ombros e o teu pescoço relaxados e apanhar sol outra vez.

**Mais uma vez, vem aí outra onda.**

### ***Queixo***

Tens uma chiclete enorme na tua boca. É muito difícil estares a mastigá-la. Vais trincá-la com força. Deixa os músculos do pescoço ajudarem a fazer força. Agora relaxa, deixa o teu queixo cair. Repara como é uma sensação boa!

Vais voltar a mastigar a chiclete. Aperta-o com força, agora tenta empurrá-la com a língua contra os dentes. Está bem, relaxa agora e sente o queixo pendurado.

**Vamos lá mais uma vez mastigar a chiclete.**

### ***Face***

Imagina que vem aí uma mosca velha e chata. Pousou no teu nariz. Vais tentar enxotá-la sem usar as tuas mãos. Enruga o teu nariz, faz o maior número de rugas possível. Assim, conseguiste afastá-la. Agora podes relaxar o teu nariz.

A mosca é mesmo chata lá vem ela outra vez. Pousou mesmo no meio do teu nariz. Enruga-o o mais que puderes. Isso, ela já foi embora. Podes relaxar a cara.

Repara que quando enrugas o teu nariz, a tua boca, os teus olhos e a tua testa também ajudam, Portanto, quando relaxas o teu nariz a tua cara relaxa-se toda.

A mosca vem aí outra vez, mas agora pousou na tua testa. Faz muitas rugas, para tentar apanhá-la. Já fugiu, podes relaxar. Deixa a tua cara ficar suave, sem nenhuma ruga. Repara como está relaxada e agradável.

### ***Estômago***

Vais imaginar que estás deitado na relva e vem aí um bebé elefante muito engraçado e brincalhão. Ele não está a ver por onde caminha e está quase a pôr uma pata no teu estômago. Não te mexas! Prepara-te, põe o teu estômago muito duro. Contrai os músculos do estômago com muita força. Aguenta aí. Parece que ele vai por outro caminho. Agora podes relaxar. Deixa que o teu estômago se descontraia. Deixa-o relaxar-se o mais possível. Assim sentes-te bem.

**Atenção! Lá vem ele outra vez, prepara-te!**

### ***Pernas e Pés***

Agora vais imaginar que estás de pé numa grande poça de lama. Vais fazer força para enterrar os dedos dos pés na lama. Força! Tenta enterrar os pés até ao fundo, ajuda com as pernas, faz muita força. Sente as pernas a entrar dentro da lama.

Agora sai da poça e deixa os teus pés e pernas ficarem relaxados, deixa os dedos ficarem soltos. Sente como isso é agradável.

**Vais voltar a entrar na poça de lama.**

### **Conclusão**

Continua a sentir-te molengão/molengona e relaxado/a. Deixa o teu corpo tornar-se cada vez mais mole durante algum tempo.

Daqui a algum tempo vais poder abrir os olhos.

Agora, muito devagar, podes abrir os olhos e espreguiçar-te. Muito bem!!

Ao longo do dia, lembra-te como é agradável estar relaxado, tal como aconteceu ao longo destes jogos (exercícios).

Pratica estes jogos (exercícios) todos os dias, para que consigas relaxar-te cada vez melhor. Aproveita, por exemplo, o momento em que te vais deitar, com a luz apagada e sem ninguém te incomodar. Isso ajuda-te a adormecer.

Quando tiveres treinado o suficiente serás um especialista em relaxamento, o que poderás fazer em qualquer momento e em qualquer lugar. Basta lembras-te das laranjas, do gato a espreguiçar-se, da tartaruga, da chiclete, da mosca chata, do elefante e dos pés na poça de lama, para te relaxares.

**Anexo XIX.** Tabela de Comportamentos do R. – *Token Economy***Instruções para a Tabela de Comportamentos do R.:**

- Só deves preencher o quadro no final do dia, depois do jantar;
- Deves escolher a cor da bolinha na presença dos teus pais;
- Se tiverem dúvidas e uns acharem que deves pintar uma bolinha verde e outros uma bolinha vermelha, cada um (R., mãe, pai e irmã) deve dar a sua opinião, justificando os motivos pela escolha da cor e tentem chegar a um acordo;
- Caso não cheguem a um acordo, devem ser feitas votações entre os quatro, a cor que ganha é a escolhida;
- Quando estiver escolhida a cor da bolinha, pinta-a no quadrado correspondente;
- Faz a conta do total de bolinhas vermelhas e o total de bolinhas verdes;
- No quadrado que diz “soma final” deves subtrair às bolinhas verdes as bolinhas vermelhas e escreves o número de bolinhas verdes que sobraram;
- Caso as bolinhas vermelhas sejam superiores às verdes, escreve 0 na “soma final”;
- Se não realizaste essa tarefa nesse dia, não precisas de pintar nenhuma bolinha nesse quadrado, deixa-o em branco;
- Caso te esqueças de preencher o quadro num dia, despacha-te a preenchê-lo assim que te lembres, para não te esqueceres de nada, mas sempre na presença dos teus pais;
- Sê sempre sincero e realiza a tua tarefa todos os dias.

**Troca de pontos**

<b>Objecto</b>	<b>Bolas verdes</b>
Sumo pequeno	6
Gelado	8
Bola de futebol	100
Pacote de batatas fritas	10
Carrinho de brincar	35



Se tiveres dúvidas lê as instruções


### Tabela de Comportamentos do R.

		Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.
Hoje fui às compras e não pedi nada aos meus pais								
Não fiz nenhuma “birra” nem amuei								
Não impliquei com a minha irmã nem me chateie com ela								
Tratei bem a minha avó								
Não falei mal nem chamei nomes feios à minha mãe								
Dormi sozinho no meu quarto								
Ajudei a pôr a mesa								
Deixei a minha irmã trabalhar no computador								
Brinquei com os meus amigos sem me chatear nem zangar com eles								
Não chorei								
<b>Total</b>	<b>Bolas Vermelhas</b>							
	<b>Bolas Verdes</b>							
	<b>Soma Final</b>							

**Anexo XX.** Registo de Auto-monitorização da B.

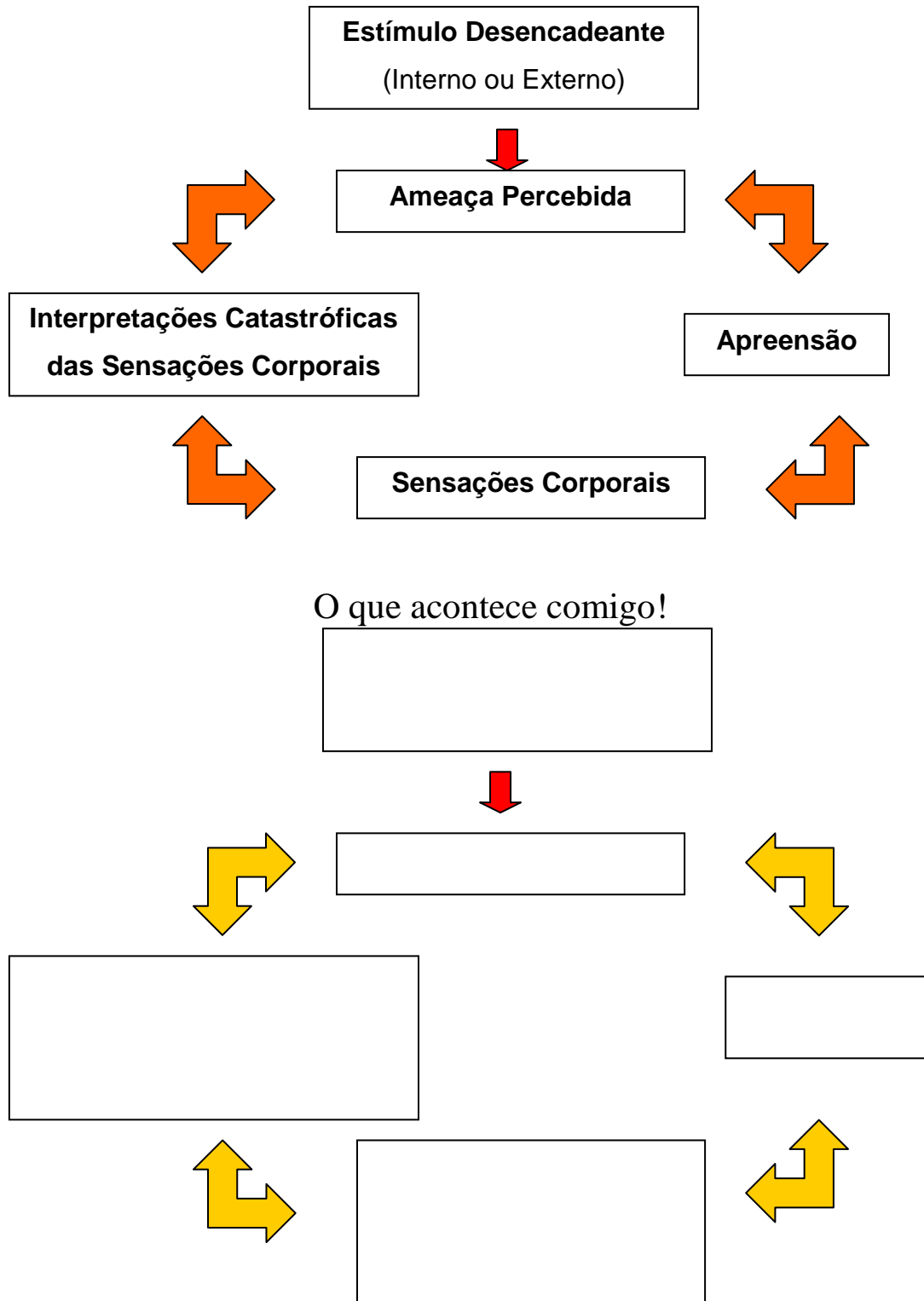
Data/ Hora	Situação	Pensamentos	Sentimentos	Comportamentos

**Anexo XXI.** Cartão de Distracção

	<p>                     Pedir a alguém para falar qualquer coisa comigo                      Procurar algum objecto, imagem ou fotografia que me tragam recordações agradáveis!                      Iniciar algum jogo ou passatempo que me exija concentração para o realizar!                      Cantarolar alguma música agradável ou recitar um texto ou poema de que goste ou que me lembre!                      Tentar perceber a mensagem ou traduzir à letra, caso seja estrangeira!                      Iniciar alguma actividade física ou tarefa prática.                      Começar a ler alguma revista, jornal, livro ou texto solto que tenha à mão, tentando-me concentrar no que está redigido e colocando a mim própria questões acerca do que li!                 </p>
<p>                     Contar por ordem decrescente de 7 em 7...                      Agora de 13 em 13...em seguida de 23 em 23!                      Tentar criar palavras com as iniciais das matrículas dos carros...                      Reparar em algum pormenor do meio envolvente                 </p>	

**Anexo XXII.** Modelo Explicativo da Ansiedade, baseado em Clark, 1986 cit in Gouveia, Carvalho e Fonseca, 2007, p. 148.

### Ciclo Vicioso da Ansiedade



**Anexo XXIII.** Questionário de Dimensões e Estilos Parentais